

RELATO DE EXPERIENCIA

El Curso tiene por objetivo clasificar los usuarios y administradores para mejorar el sistema de salud brasileño.

## La Fundación Rockefeller y la Fundación Bill y Melinda Gates: la filantropía que define los rumbos de la salud internacional/global



# SUMARIO

## 2 RELATO DE EXPERIENCIA

Participación social y gestión de la salud: profesionales de salud y población juntos.

## 7 NOTICIAS DE LA RED

## 8 SALUD GLOBAL

Filantropocapitalismo: ¿Qué significa este término para la salud del mundo? (parte 1)

Nuevo sitio de  
la **RETS**



- Visual más moderno
- Interface más intuitiva
- Informaciones relevantes
- Interactividad

[www.rets.epsjv.fiocruz.br](http://www.rets.epsjv.fiocruz.br)

**Confiera!!!**

# EDITORIAL

Estimados lectores,

En esta revista RETS, la publicación de otro informe de experiencias de formación de trabajadores técnicos en salud sigue la idea de reemplazar la publicación de dos ediciones especiales, previstas en el Plan de Trabajo de la Red, por la diseminación de informes enviados de forma continua en todas las ediciones de la revista. Para que esto suceda, sin embargo, es realmente necesario que las instituciones interesadas en la publicación de su trabajo en el ámbito de la formación transmitan el material de manera apropiada (véase la llamada en ‘Noticias de la RETS’, p. 7).

Además del informe, hemos decidido dedicar un espacio diferente de la revista para presentar un tema muy controvertido y que ha generado un gran debate en el campo de la salud global/internacional: el filantropocapitalismo. Para iniciar este proceso, hemos preparado una revisión sobre el artículo “*Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*” (“Filantropocapitalismo, pasado y presente: la Fundación Rockefeller, la Fundación Gates y la (s) configuración (ones) de la agenda de salud internacional/global”, escrito por la profesora Anne-Emanuelle Birn de la Universidad de Toronto (Canadá). Nuestra intención era ir más allá de una revisión convencional, ofreciendo a los lectores tanto como sea posible del texto original, publicado sólo en inglés en el Hypothesis Journal en noviembre de 2014. El informe se publicará en dos partes, y los que deseen, podrán enviar observaciones sobre el tema que estaremos encantados de publicar.

En el artículo, la investigadora canadiense muestra cómo los intereses privados logran establecer los rumbos de la salud pública en el mundo, afectando a la organización de los sistemas nacionales de salud y, por lo tanto, la construcción de un marco específico para la formación de los profesionales de la salud en todos los niveles.

Por último, aprovechamos la oportunidad para dar la bienvenida al nuevo miembro de la RETS - la Escuela Superior de Tecnología en Salud de Porto - y pedir disculpas por los recientes retrasos en nuestra publicación, este tema sigue siendo para el último trimestre de 2014, asumiendo el compromiso de lograr regular nuestros intervalos hasta el final de este año.

¡Buena lectura!

Secretaría Ejecutiva de la RETS

## EXPEDIENTE

Año 6 – N° 21 – oct./nov./dic. 2014  
La Revista RETS es una publicación trimestral editada por la Secretaría Ejecutiva de la Red Internacional de Educación de Técnicos en Salud.  
E-mail: [rets@epsjv.fiocruz.br](mailto:rets@epsjv.fiocruz.br)

### CONSEJO EDITORIAL

Carlos Planel  
(EUTM/Udelar – Uruguay)  
Carlos Einisman  
(AATMN – Argentina)  
César Alfaro Redondo  
(ETS-UCR – Costa Rica)  
Elba Oliveira  
(ENS-La Paz – Bolivia)  
Isabel Araújo  
(UniCV – Cabo Verde)

### REVISTA RETS

Ana Beatriz de Noronha  
MTB25014/RJ (editora)  
Julia Neves (periodista)

Raphael Peixoto (passante de periodismo)  
Marcelo Paixão (diseñador)  
Zé Luiz Fonseca (diseñador)  
Maycon Gomes (diseñador y imágenes)

### TRADUCCIÓN

Curso de línguas Espaços sem fronteiras limitada LTDA

### TIRADA

2.000 ejemplares

### IMPRESIÓN

J. Sholna

### SECRETARIA EJECUTIVA DE LA RETS

Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio  
Paulo César de Castro Ribeiro (director)

### COORDENACIÓN DE COOPERACIÓN

#### INTERNACIONAL

Anakeila Stauffer (coordinadora)  
Ana Beatriz de Noronha

Helifrancis Conde  
Geandro Ferreira  
Roberta de Freitas  
Aline Andreia  
Julia Neves  
Raphael Peixoto

### DIRECCIÓN

Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio  
Av. Brasil, 4365 - Manguinhos -  
Rio de Janeiro - RJ - 21040-360  
Phones: 55(21)3865-9730  
E-mail: [cci@epsjv.fiocruz.br](mailto:cci@epsjv.fiocruz.br)

### APOYO

TC41 – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde do Brasil e Opas/Brasil



# Participación social y gestión de la salud: profesionales de salud y población juntos

*Adaptación por Julia Neves\**

En Brasil, el **control social**, es decir, la participación de los usuarios (población) en la gestión de los servicios es crucial en la organización del Sistema Único de Salud (SUS) establecido por la Constitución de 1988 y reglamentado en 1990 por la Ley No. 8080. A pesar de su reconocida importancia, sigue habiendo el reto de desarrollar formas efectivas de participación de los segmentos populares en las políticas públicas de salud. Por tanto, es evidente la necesidad de formular propuestas educativas que favorezcan los segmentos tradicionalmente excluidos de los espacios de toma de decisiones de las políticas públicas, con el fin de viabilizar las directrices establecidas constitucionalmente.

A partir de esta demanda, se ha creado en 2012 en la Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (ESPJV/Fiocruz) el curso de calificación de “Participación Social y Gestión de la Salud”, cuya coordinación quedó en ese momento a cargo de los profesores Valéria Cristina Gomes de Castro y Marcello de Moura Coutinho, miembros del Laboratorio de Educación Profesional y Gestión de la Salud (Labgestão). Direccionado a los consejeros de salud, gerentes, profesionales de la salud (preferentemente agentes comunitarios y técnicos de la salud) y todos los interesados en el tema, el curso tiene por objetivo calificar la participación de las personas en los puestos de control social, contribuyendo a su desempeño en la toma de decisiones del SUS.

El curso, que fue parte de un proyecto de investigación del Programa de Desarrollo e Innovación Tecnológica en Salud Pública (PDTSP-TEIAS Manguinhos) de Fiocruz, fue diseñado como un espacio de participación y debate, en el que la unión de diferentes intereses resultara en la promoción de mejoras efectivas para la vida de los usuarios de la salud. De acuerdo con Valéria, este proceso es complejo, contradictorio y difícil pero esencial. “Creemos en metodologías construidas con la participación de diferentes actores sociales a través de la acción colectiva”, dijo.

La primera clase, con 30 estudiantes, está dirigida principalmente a los consejeros de salud en el conjunto de favelas de Manguinhos, ubicados en las inmediaciones de la Fiocruz, especialmente los residentes y profesionales en los centros de salud comunitarios. A través del curso, también hubo participación de gente de otros lugares, que, de acuerdo con los coordinadores, permitió la reflexión y el intercambio de experiencias importantes de diferentes realidades.

La Red PDTSP-TEIAS se inició formalmente en junio de 2010 y es organizada en dos áreas principales: la subred Modelo de Gestión y la subred Enfoque Ecosistémico en Salud. Tiene como objetivo desarrollar y evaluar experiencias que constituyen un modelo de gestión del territorio integrado de atención de salud en Manguinhos, un conjunto de experiencias validadas que los gerentes puedan utilizar en la ejecución de otras TEIAS o Redes Integradas de Atención de Salud utilizando la metodología de Enfoque Ecosistémico de la Salud.

\***Texto original:** ‘Relato de Experiência: Construção do Curso de Participação Social e Gestão em Saúde’. Disponible en el sitio web de la RETS ([www.rets.espjv.fiocruz.br](http://www.rets.espjv.fiocruz.br)), en ‘Biblioteca’.

**Autores:** Valéria Cristina Gomes de Castro ([valeriacaastro@fiocruz.br](mailto:valeriacaastro@fiocruz.br)) y Marcello de Moura Coutinho - Laboratorio de Educación Profesional y Gestión de la Salud (Labgestão)/ Escuela Politécnica de Salud Joaquim Venâncio (Espjv/Fiocruz).



El Sistema Único de Salud de Brasil fue establecido en la Constitución de 1988, pero sólo se ha regulado en 1990 con la Ley nº8.080/90, conocida como ley orgánica de salud. El SUS tiene tres principios doctrinales que le otorgan su legitimidad: universalidad, integralidad y equidad. Además de los principios, también hay que tener en cuenta las directrices organizativas que permiten lograr un mejor funcionamiento del sistema. Y son: la descentralización con mando único, la regionalización y la jerarquización de los servicios y el control social, mediante el fomento de la participación popular. De acuerdo con el informe final de la 9ª Conferencia Nacional de Salud, celebrada en 1992, la participación desde la perspectiva del control social permite a la población interferir en la gestión de la salud, encaminando las acciones del Estado hacia los intereses colectivos. Lo que es público debe quedarse bajo el control de los usuarios. El control social no debe traducirse sólo en los mecanismos formales, sino también reflejarse en el poder real de la población en la modificación de planes y políticas, no sólo en el campo de la salud.

Situado en la zona norte de la ciudad de Río de Janeiro, el barrio de Manguinhos, en el que se encuentra el campus principal de la Fiocruz, alberga un conjunto de barrios marginales y comunidades, como ‘Mandela’, ‘Amorim’ y ‘Coreia’.



Foto: Maycon Gomes

Representantes de EPSJV/Fiocruz y el Ministerio de Salud en la mesa de apertura de la clase inaugural de 2014, con la socióloga y experta en movimientos sociales María da Glória Gohn.

## La población como un agente del cambio

En Brasil, los mecanismos de participación comunitaria en la gestión de la salud se han implementado con la creación del SUS, a través de la ley 8.080/90 y, más concretamente, la ley 8.142/90. Hoy, sin embargo, tras más de dos décadas, aún se pueden ver muchas dificultades para garantizar una participación crítica que permita la autonomía y el debate político a todos los niveles del SUS. Como lo ha subrayado la coordinación del curso, el concepto de Participación Social es relacional y polisémico, ya que se refiere tanto a la cohesión social y el cambio social y puede implicar la comprensión de las acciones que movilizan a la gente y el carácter político de la democratización o la amplia participación de ciudadanos en la toma de decisiones en una sociedad determinada.

Discutir la participación en salud implica, entre otras cosas, la comprensión política del reconocimiento y la importancia de la participación comunitaria y la educación como reflexión y transformación de las prácticas, la construcción de herramientas de comunicación democráticas y la gestión y el debate sobre los mecanismos de financiación de las acciones del Estado. “Así que la educación debe entenderse no como una transferencia de información y contenido, sino más bien en la perspectiva de reflexión sobre la realidad, buscando soluciones a los problemas que se enfrentan en la vida cotidiana”, destaca Marcello.

Valeria añade que el Estado se constituye hegemoníamente en los espacios de defensa de los segmentos de la sociedad propietaria de capital, la que permite a través de estrategias ideológicas culturales, educativas e incluso coercitivas la defensa de sus intereses. Sin embargo, incluso para su mantenimiento en la situación de clase dominante, los intereses de otros segmentos poblacionales no poseedores de capitales deben ser considerados. “Como señala el profesor e investigador de la ENSP/Fiocruz Eduardo Stotz, el Estado termina siendo la expresión de las tensiones existentes en la sociedad. Así que sólo podemos definir lo que es participación social cuando entendemos las múltiples acciones que las diferentes fuerzas sociales desarrollan con el fin de influir en la formación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el sector social (salud, educación, vivienda, transporte, etc.)”, subraya Valéria.

En su relato, los profesores señalan que es en esta relación compleja que los proyectos contra-hegemónicos de las clases populares en el interior del Estado pueden favorecer el logro de mejoras significativas en la vida de la clase socialmente más vulnerable. Sin embargo, reconocen que el concepto de “participación” es amplio y controvertido. Para algunos autores, la participación pública en los proyectos de salud se produce de forma asimétrica y horizontalmente, en que la población aparece como receptora de conocimiento. Y aun cuando el discurso acerca del protagonismo de la población está presente, la direccionalidad de las acciones sigue siendo exclusivamente del gobierno.

## Participación social en la salud: de la ley a la práctica

En Brasil, la participación social en los espacios formales se ha fortalecido principalmente con la creación del SUS, y fue fundamental en el proceso de municipalización de la salud, sirviendo incluso como referencia para otras áreas de la política pública en el país.

“En el modelo brasileño de descentralización administrativa, aunque hay quien afirma por el contrario, la definición principal es que el ejecutante real de las acciones son los gobiernos municipales, los cuales tienen mando a nivel local. Sin embargo, la implementación de mecanismos legales para la participación y el control de la sociedad no fue capaz de permitir la participación real de una gran parte de la población en temas re-



Clase de 2014: taller temático.



Clase de 2014: actividades a lo largo del curso.

Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz

Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz



La clase inaugural de Maria da Glória Gohn despertó el interés de los estudiantes y marcó positivamente el inicio del curso en el 2014.

lacionados con los servicios y las condiciones que se necesitan para resolver sus problemas de salud”, explican.

Según ellos, la propia descentralización de los servicios ha traído nuevos retos que hay que superar, como el fortalecimiento de los gobiernos locales (sujeto a diferentes intereses) y las implicaciones para la participación efectiva de la población en la toma de decisiones. “En su artículo ‘Saúde e Cidadania: Análise de uma Experiência de Gestão Local’ (Salud y Ciudadanía: Análisis de una Experiencia de Gestión Local), publicado en 1996, la socióloga

Amélia Cohn ya llamaba la atención sobre el hecho de que la descentralización, cuando se entiende como municipalización de la salud o como la constitución del Sistema de Salud en el nivel municipal, no implica automáticamente la democratización de la salud o en su constitución como derecho universal y equitativo”, recuerda Valéria. “Ella dice que la tradición altamente centralizadora del Estado tiende a reproducirse fuertemente a nivel local, de modo que el Ejecutivo termina predominando y enseñoreándose sobre los demás”, añadió Marcello.

Además, como se ha destacado por los coordinadores, en la mayoría de las ciudades brasileñas, especialmente en los grandes centros urbanos, el tema de la violencia no ha permitido garantizar el acceso a servicios básicos de saneamiento, salud y nutrición, que permiten la supervivencia decente, estableciendo verdaderos territorios de excepción, en los que los derechos sociales y de ciudadanía están estrechamente vinculados a las autoridades locales.

Es en ese contexto que se inserta la comunidad de Manguinhos, en el que se



desarrolló la primera clase del curso. Un territorio marcado por la violencia y, según datos epidemiológicos, con uno de los peores índices de desarrollo humano (IDH) en la ciudad de Río de Janeiro. La propuesta del curso, a su vez, se relaciona con la aparición de un nuevo contexto político que, en la realización de grandes inversiones en proyectos de infraestructura y sociales en el territorio, reavivó la esperanza de los residentes para construir otro espacio de vida.

“Tratamos de hacer frente al desafío de combinar la perspectiva de la participación

en un territorio con graves problemas sociales y la perspectiva de un proyecto de educación emancipador que permita el intercambio de conocimientos entre profesores y alumnos en un proyecto común, reconociendo, sin embargo, límites, posibilidades y contradicciones de esta realidad, condicionados por las circunstancias históricas, la proximidad y los recursos proporcionados por la Fundación Oswaldo Cruz”, agrega Valéria.

## **Construcción colectiva: de suma importancia para lograr el objetivo del curso**

El curso fue creado para contribuir al incremento de la participación de los sectores populares en los espacios políticos formales de SUS y en las luchas populares en la conquista de sus derechos. Sin embargo, su objetivo específico es construir metodologías participativas de diseño curricular para favorecer la participación y actuación de los estudiantes como sujetos de los procesos educativos y de transformación de la sociedad. “El enfoque de la educación que utilizamos se basa en la concepción politécnica de que la calificación va más allá de la formación para el trabajo, involucrando diferentes perspectivas, tales como la formación de individuos capaces de actuar con ética y políticamente en las relaciones sociales, buscando lograr mejores condiciones de vida para sí mismos y la comunidad”, dijo Marcello, señalando que el aprendizaje político de la participación se produce en los espacios formales y no formales de la sociedad, y que a pesar de que mucha gente tiene poca experiencia en los consejos y los colegiados gerentes, tiene gran experiencia y desempeño en espacios no institucionalizados de la gestión pública, trabajando en las decisiones importantes, incluidas las políticas de salud.

Inspirados por la socióloga Maria da Glória Gohn, que en el texto “Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas” (Educación no formal, participación de la sociedad civil y las estructuras colegiadas en las escuelas), dice que la gestión compartida tiene que desarrollar una nueva cultura participativa en nombre de los derechos de la mayoría y no de los grupos de presión, los coordinadores se basaron en la idea de que la educación no formal es la que se aprende “en el mundo de la vida”, a través de los procesos de puesta en común de experiencias, sobre todo en los espacios cotidianos y acciones colectivas.

El desarrollo del proyecto se basa en la concepción de la reflexión con el estudiante acerca de su importancia en el contexto político de la sociedad, analizando el conocimiento de la organización y las bases de las políticas públicas que afectan a su vida cotidiana, en especial la política de salud, incluyendo las discusiones sobre el concepto extendido de la salud, la lucha por la ciudadanía y la democratización en Brasil, la historia y organización del SUS, los nuevos modelos de gestión y la intersectorialidad como factor de promoción de la salud.

El curso, cuya carga de trabajo es de 96 horas, distribuidas en las clases una o dos veces a la semana, se estructura en torno a cuatro ejes: Contexto Histórico y Social del Territorio y las Concepciones de Salud de la Población; Estado y Políticas Públicas; Salud Pública y Participación Social; y Participación Social y Gestión de la Salud. Todos los temas analizados, algunos de los cuales se han insertado a lo largo del proceso, tales como religiosidad, participación social y organización del material educativo para la movilización popular, fueron discutidos con base en la perspectiva dialógica y relacionada con la realidad vivida por los estudiantes.

Además del espacio de discusión, el curso ha permitido la coordinación con la gente que actúa en Manguinhos, como los diversos técnicos de Fiocruz y gerentes de los centros de salud de la región que participaron en las clases y el evento final de la graduación. Al final de la experiencia de formación, los estudiantes recibieron materiales educativos impresos y digitalizados para referencia futura.

Los temas propuestos, así como la metodología desarrollada, se discutieron intensamente en los tres talleres temáticos previos al curso, que tenían el objetivo de acercarse a

estos contenidos con la realidad vivida por el alumno en un espacio para el diálogo y la formación. Basadas en los principios de la Educación Popular y la formación política, los talleres contaron con la colaboración de investigadores de la Fiocruz con amplia experiencia en el campo de la Educación Popular en Salud y conocimiento del territorio, más allá de sus propios asesores, técnicos, gerentes, profesores y gente de otros segmentos interesados en el tema.

“Les pedimos que evaluaran la estructura propuesta e incluyeran temas que les gustaría abordar durante el curso. Partimos de la idea de que todo el mundo tiene el conocimiento, y hacer frente a la salud es un elemento constitutivo de la vida cotidiana de toda la gente que desarrolla acciones y tiene conocimiento sobre cómo lidiar con los problemas cotidianos”, analizó Valéria.

El curso se ha diseñado en una perspectiva estratégica, mirando a través de experiencias formativas acercar profesores y estudiantes para reflexionar sobre su papel como gerente público. “El intercambio de experiencias con los sectores de la población históricamente excluidos de los procesos de toma de decisiones de los sistemas y servicios de salud fue esencial para la comprensión de la importancia de nuestro trabajo profesional en la construcción de una sociedad más justa y equitativa”, agregó la coordinadora.

## La valoración positiva garantiza la continuidad del curso

La experiencia trajo algunas características y dificultades, pero se trataron temas relacionados con la efectivización del control social y la participación social, tratando de construir, en la intersección de conocimientos derivados de la Educación Popular y de la Formación Politécnica,



Foto: Labgestão/EPSJV/Fiocruz  
Clase de 2012: actividades de cierre.

ca, saberes para compartir conocimientos y acciones transformadoras en salud. “La referencia en los diferentes campos del conocimiento acaba por traer el debate acerca de la necesidad de la educación profesional y de la gestión del SUS reconocer y acercar el conocimiento académico y los saberes populares presentes en las acciones de los profesionales de la salud y de la comunidad atendida en los servicios para enfrentar y resolver los problemas experimentados todos los días en el SUS”, dice Marcello.

La evaluación del curso ocurrió procesalmente. Al final de cada sesión, los estudiantes hacían notas sobre la experiencia vivida durante la actividad y llenaban un formulario para evaluar no sólo el contenido trabajado, sino también la forma en que se desarrolló. El formulario también tenía un espacio para la sugerencia de nuevos temas o la exploración de las cuestiones que ellos hallaron más relevantes.

Para la coordinación, el valor del aprendizaje fue mejor de lo esperado. Debido a la proximidad con el tema, pudieron tener la experiencia de trabajar en otros proyectos de la escuela como educadores y en el desarrollo de material educativo sobre el tema para los profesionales técnicos de la salud.

“Hemos tenido algunos retos que hay que superar, incluyendo el proceso de pacificación del territorio que tuvo lugar en el período de realización del curso. Sin embargo, a pesar de todas las dificultades, la evaluación de estudiantes y profesores es que el curso fue muy importante, ya que contribuyó a la calificación de la participación de los usuarios en materia de salud y la comprensión de los diferentes problemas que se enfrentan en la participación de los usuarios en la gestión del sistema”, aseguró Valéria.

Tras esta primera experiencia, el curso se incluye en el catálogo de la ESPJV y se ofrece con regularidad, no sólo para los directores, sino también a representantes y miembros de diversos segmentos de la sociedad civil, y otra clase del curso se ha completado en 2014. Con respecto a la coordinación, sólo Valéria permanecerá por delante de la iniciativa a partir de 2015. ■

“El día 13 de agosto 2014 empezó el curso de Capacitación en Participación Social y Gestión de la Salud de la ESPJV/Fiocruz. Éramos un grupo grande, alrededor de 40 estudiantes de diferentes áreas, con diferentes expectativas y experiencias, pero con un interés común: lograr más conocimiento sobre la salud pública y las diversas formas de participación social.

Al inicio del curso, hemos discutido mucho sobre el concepto de salud y enfermedad. Entendemos que la salud es más que la ausencia de la enfermedad, es una idea compleja que involucra un sinnúmero de factores, incluyendo el bienestar social, físico y mental. Para entender mejor este proceso, otro tema abordado fue la importancia del conocimiento del territorio, cuyas características son cruciales para la calidad de vida de la población.

Durante las clases, logramos aprender algo de la historia de las políticas de salud en Brasil y entendemos la importancia de la participación social para la implementación del SUS. Podemos decir que, en teoría, tenemos uno de los mejores sistemas de salud del mundo, pero es necesario que la participación social se haga, de hecho, efectiva en diversas áreas para que la teoría se vuelva práctica.

## Y cómo pasar de la teoría a la práctica?

El conocimiento es la clave para la participación social. La formación que hemos tenido a lo largo del curso y el constante intercambio de conocimientos y experiencias entre los estudiantes y los docentes nos hicieron reflexionar acerca de nuestro papel como agentes transformadores en la sociedad civil. Así que hoy nos sentimos más capacitados para hacer una diferencia en nuestros territorios y luchar para mejorar la salud pública en el país.”(Texto colectivo elaborado por los alumnos para la actividad final de sistematización – clase 2014).

## Nuevo miembro: Escuela del Instituto Politécnico de Porto se une a la RETS

Desde hace enero de 2015, la RETS tiene un miembro más de Portugal: la Escuela Superior de Tecnología de la Salud de Porto (ESTSP). La Escuela es una unidad orgánica del Instituto Politécnico de Porto, y ofrece formación del primer y segundo ciclo en Salud, especialmente en el área de Tecnología de la Salud, que otorga los grados de licenciatura (13 cursos), de maestría (cinco cursos) y cursos de postgrado.

La misión de la Escuela es “contribuir al desarrollo de la sociedad orientada a la creación, transmisión y difusión de la cultura y del conocimiento a través de la educación y la enseñanza, investigación y actividades de extensión comunitaria en las áreas directa o indirectamente relacionadas con la salud, en un marco nacional e internacional”.

En la actualidad, en el área de la salud, es la mayor institución de educación superior en el país y la tercera más grande Escuela del Instituto Politécnico de Porto. Se distingue no sólo por la amplia gama de cursos que ofrece, sino también por su dinámica de crecimiento con calidad.

Para aprender más sobre la ESTSP, visita el sitio web: ([www.estsp.ipp.pt](http://www.estsp.ipp.pt)). ■



## Fiocruz lanza el nuevo Portal de Revistas



Fiocruz ha recién lanzado un nuevo espacio para la difusión de la ciencia: El Portal de Revistas. En el mismo entorno web, el público tendrá acceso libre y abierto a los artículos de todas las publicaciones científicas producidas en la Fiocruz. Con la búsqueda integrada en siete revistas, los lectores podrán tener una visión más amplia de los conocimientos de salud desde diferentes enfoques.

Además de los artículos, el nuevo canal ofrece información en varios formatos: noticias, entrevistas, videos e infografías. Según Juan Canossa, Jefe de la Editora Fiocruz, este “menú variado de contenido” permite que la sociedad se apropie del vasto conocimiento generado en la institución. “Por lo tanto, esta producción puede ser utilizada por personas de otros centros de investigación, universidades, en el trabajo, en casa y en este o en otros países. El Portal de las Revistas tiene todo para convertirse en una herramienta poderosa más para lograr esto”. Conoce el nuevo portal ([www.periodicos.fiocruz.br/pt-br](http://www.periodicos.fiocruz.br/pt-br)). ■



La revista RETS estará aceptando permanentemente relatos de experiencia en el ámbito de la formación de los profesionales técnicos de la salud para su publicación. La idea es promover el mayor número de experiencias posibles en todas las áreas y niveles de formación, que van desde las que se dirigen a

los asistentes y agentes de salud a las relacionadas con los técnicos de nivel medio y/o superior y tecnólogos. Únete y envía su informe. Se seleccionarán relatos de experiencias que ocurrieron desde 2010, según las directrices especificadas en la página web de la RETS ([www.rets.epsvj.fiocruz.br](http://www.rets.epsvj.fiocruz.br)), en: ‘Inicio’> ‘Informes’. ■

## Publicaciones

### Inversiones para superar el impacto global de las enfermedades tropicales desatendidas

El informe proporciona una estrategia de inversión en las enfermedades tropicales desatendidas y analiza el caso de la inversión específica para la prevención, control, eliminación y erradicación de 12 de las 17 ETDs.



El artículo registra avances y desafíos y señala lo que viene. El cambio climático aumentará la propagación de vectores de varias ETDs, incluyendo dengue, cuya transmisión está directamente influenciada por la temperatura, las lluvias, la humedad relativa y la variabilidad climática, principalmente a través de sus efectos sobre el vector. Las inversiones en las enfermedades transmitidas por vectores evitarán gastos potencialmente catastróficos asociados con su control. De esa manera, la presencia de ETDs señalará un sistema de alerta temprano para las enfermedades sensibles al clima.

El informe *Inversiones para superar el impacto global de las enfermedades tropicales desatendidas* (“Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases”) está disponible en inglés en el sitio web de la RETS ([www.rets.epsvj.fiocruz.br](http://www.rets.epsvj.fiocruz.br)), en: ‘Biblioteca’. ■

### Manual de capacitación de Salud en todas las políticas



Este manual es una herramienta de capacitación para aumentar la comprensión acerca de la importancia de la Salud en todas las políticas (STP) entre los profesionales de la salud y otras áreas. El material será la base para talleres.

El manual de capacitación de Salud en todas las políticas (“Health in all policies training manual”) está disponible en Inglés en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)), en: ‘Social determinants of health’> ‘Publications’> ‘Health in all policies training manual’. ■

# Filantropo capitalismo: ¿Qué significa este término para la salud del mundo? (parte 1)

Por Ana Beatriz de Noronha

En 2008, el periodista y director del semanario de origen inglesa ‘The Economist’, Matthew Bishop, se declaraba sorprendido por el impacto y la cantidad de debate que el término ‘filantropo capitalismo’, creado dos años antes, había producido. La palabra que se utiliza para asociar la filantropía y el capitalismo, destacando el papel creciente que varios de los hombres más ricos y poderosos del mundo estaban tomando en algunas cuestiones sociales importantes que afectan a la humanidad, ha despertado muy acaloradas discusiones en todo el mundo. Por un lado, los que creen claramente en la buena voluntad de los ricos en su capacidad para resolver los problemas de los pobres, en función de su éxito en los negocios; por el otro, los que permanecen en alerta al riesgo de que la asociación acrítica entre la esfera pública y el capital privado, impulsado por las ganancias y un inmenso poder político puede representar para los más desfavorecidos y vulnerables de la población mundial.

Con el fin de estimular el debate sobre la salud mundial, este número de la Revista RETS presenta a sus lectores la primera parte de una revisión del artículo “*Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda*” (traducción libre: “Filantropo capitalismo, pasado y presente: la Fundación Rockefeller, la Fundación Gates y las configuraciones de la agenda de salud internacional/global”), de Anne-Emanuelle Birn, historiadora y profesora de la Universidad de Toronto. El artículo original fue publicado en noviembre de 2014, en inglés, en [Hypothesis Journal](http://www.hypothesisjournal.com/?p=2503), y está disponible de forma gratuita en: [www.hypothesisjournal.com/?p=2503](http://www.hypothesisjournal.com/?p=2503).

En su texto, la autora analiza cómo el financiamiento privado ha actuado para establecer la agenda de salud global. Para ello, establece un paralelo entre metas, paradigmas, principios y la forma de actuar (*modus operandi*) definidos y utilizados en diferentes contextos históricos, para dos de las organizaciones filantrópicas más grandes existentes – la Fundación Rockefeller (RF, del inglés) y la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF, del inglés) – llamando la atención sobre la capacidad que estas organizaciones tienen para interferir tanto en la gobernanza mundial de la salud como en la producción científica en el sector. Ella dice que más que nunca tenemos que estar atentos a esta cuestión y dispuestos a desafiar lo que se ha dicho, mientras que buscamos alternativas viables al filantropo capitalismo en la salud global.

Fundada en París en diciembre de 1907, tuvo como principal objetivo desarrollar directrices y supervisar las normas internacionales relativas a la cuarentena de los buques y puertos, y así tratar de evitar la propagación de la peste y el cólera, así como gestionar otros convenios de salud pública. Fue disuelta por los Protocolos firmados el 22 de julio de 1946, y su servicio epidemiológico se incorporó a la Comisión Interina de la Organización Mundial de la Salud en 01 de enero 1947.

La misión de la revista Hypothesis (<http://www.hypothesisjournal.com>) es provocar y estimular el pensamiento científico a través de la diseminación de los nuevos descubrimientos e hipótesis en cualquier campo del conocimiento, promoviendo la publicación de artículos que van mucho más allá de los de datos de informes o resúmenes de trabajos, y en los que los autores pueden pivotar libremente sus ideas más intrigantes. El acceso a los artículos es libre.

## El surgimiento de la salud internacional moderna y la ‘filantropía científica’

Según Anne-Emanuelle, la historia de la salud internacional comienza en 1851, con la celebración en París, de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, cuyo principal objetivo era iniciar el desarrollo de un plan de acción mundial para combatir la transmisión de enfermedades epidémicas. Sin embargo, debido a las diferencias políticas y económicas entre los países, la creación de la [Oficina Internacional de Higiene Pública](#) (OIHP, del francés, *Office International d'Hygiène Publique*) sólo se ha concretado tras 50 años y 11 conferencias. La dificultad para los países europeos al llegar a un acuerdo permitió que el continente americano asumiese el pionerismo en el área, y, en diciembre de 1902, representantes de 11 países reunidos en la Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, crearon la Oficina Sanitaria Panamericana (PASB, del inglés, Pan American Sanitary Bureau), la futura Organización

Panamericana de la Salud (OPS/OMS), para discutir y planificar una lucha eficaz contra la epidemia de fiebre amarilla que se estaba extendiendo en el continente debido a la intensificación del comercio marítimo entre América Latina y los Estados Unidos.

A estos dos órganos, que al principio de su existencia centran sus esfuerzos en el establecimiento y monitoreo de convenciones sanitarias y recopilación de estadísticas de enfermedades, se unieron el Comité Internacional de la Cruz Roja, fundada en Ginebra en 1863 para proporcionar ayuda a víctimas de la guerra, y otros órganos establecidos por los poderes coloniales para cuidar de sus tropas y garantizar una mayor producción en las colonias, así como el comercio de esos productos.

Es en este contexto que, según la autora, surge un nuevo actor que en pocos años acabaría transformando radicalmente el campo de la salud internacional que comienza a nacer: la Fundación Rockefeller (RF), creada en 1913 por el magnate petrolero y filántropo conocido estadounidense John Davison Rockefeller (1839-1937), “para promover el bienestar humano en todo el mundo”.

Carnegie, quien llegó a ser el hombre más rico del mundo, publicó en 1889 el ensayo “The Gospel of Wealth” (“El Evangelio de la Riqueza”), en el que sostenía que los pobres no saben manejar el dinero y los ricos deberían enriquecerse con el fin de usar sus fortunas en pro de la sociedad, apoyando a la inversión social sistemática en lugar de formas aleatorias de caridad. El hombre que, según una biografía publicada por David Nasaw en 2006, sobornó y corrompió políticos, atragantó movimientos sindicales y aumentó las horas de sus empleados de ocho a 12 horas al día, siete días a la semana, donó el 90% de su fortuna cuando estaba vivo, dejando un legado de miles de bibliotecas públicas, así como subvenciones para la educación superior y las artes, sirviendo de ejemplo para muchos otros millonarios colegas.

Para la historiadora canadiense, la RF no sólo popularizó el concepto de salud internacional, sino también tuvo una gran influencia en la agenda, los enfoques y las acciones emprendidas en esta área durante el siglo 20.

Anne-Emanuelle recuerda que Rockefeller fue un representante del movimiento estadounidense de “filantropía científica”, creado por Andrew Carnegie (1835-1919), un millonario escocés que vivía en los Estados Unidos. Señala que, a pesar de todas las “buenas intenciones” sugeridas por Carnegie, los filántropos millonarios terminaron siendo muy criticados: por el origen de su fortuna como consecuencia de los ingresos derivados de la explotación y la represión de los trabajadores; por su papel en los tumultuosos finales del siglo 19 y principios del siglo 20, al servir como herramienta de contención de los movimientos obreros que amenazaban los intereses de la industria y el comercio; y por tomar el papel del Estado en la función de protección social, valorando los esfuerzos voluntarios en lugar de los derechos civiles y debilitando el Estado frente al sector privado en la prestación de servicios de asistencia social.

Añade que, inspirado en la idea de la filantropía científica, Rockefeller trasladó de cotizaciones asistencialistas simples dirigidas a hospitales, iglesias y universidades hacia el apoyo a la educación pública, la ciencia y la medicina, financiando investigaciones y campañas a gran escala destinadas a la mejora social. La salud pública, a su vez, se convirtió en el foco de los intereses de Rockefeller por ser un campo emergente que empezaba a profesionalizarse con un apoyo limitado del gobierno estadounidense, lo que proporcionó al millonario considerable espacio para poner a prueba las ideas y prácticas.

### Los primeros pasos

Al principio, la pregunta a ser atacada en medio de muchas necesidades de salud pública fue definida conjuntamente por tres asesores de Rockefeller: Frederick T. Gates (un predicador bautista), Charles Wardell Stiles (zoólogo) y Wickliffe Rose (un educador Sur de los Estados Unidos). La elección de la **tróika** de Rockefeller fue la anquilostomiasis, un gusano parasitario que causa anemia



John Rockefeller (1885)

Foto: Fundación Rockefeller

Palabra rusa para un comité de tres miembros. En política, se utiliza para nombrar una alianza de tres personas del mismo nivel y poder congregadas para la gestión de una entidad o para completar una misión.

y fue considerado uno de los factores de “retraso” económico y de la dificultad de la industrialización en el sur del país. La facilidad de identificar la presencia del gusano causante de la enfermedad en un análisis de materia fecal rápido y la existencia de un tratamiento efectivo para la enfermedad, probado previamente en campañas en Costa Rica y Puerto Rico, el territorio ocupado por los EE.UU., habría sido, según el artículo, fundamental para la presente decisión. Por otra parte, el hecho de que la enfermedad no tenía una alta tasa de mortalidad y que el tratamiento en sí habría sido responsable de las muertes ocasionales entre los pacientes no impidió la realización de una gran campaña financiada por la RF y desarrollada en los 11 estados del sur Estados Unidos, del 1910 al 1914.

La campaña, que involucró a médicos, inspectores de salud y técnicos de laboratorio, así como iglesias y clubes agrícolas, incluyó: la eliminación del gusano con la administración de antihelmínticos, promoviendo el uso de calzado y letrinas, y la difusión de la publicidad de salud pública, para abordar tanto la educación para la salud como la publicidad positiva para RF. Después de lograr despertar el

interés del público en la salud pública, la RF creó en 1913 una Comisión de Salud Internacional, que se convirtió en una Junta de Salud Internacional (IHB, del inglés, International Health Board) en 1916, y finalmente, en 1927, se reorganizó como División de Salud Internacional (IHD, del inglés, International Health Division).

Anne-Emanuelle comenta que la elección del área de la salud pública internacional como área de actuación fue bastante práctica para Rockefeller, ya que, a nivel nacional, la familia enfrentaba a muchas dificultades. Como ella señala, en 1890, la Ley Antimonopolio Sherman rompió el monopolio del petróleo y los trabajadores de varias empresas de la familia se habían rebelado contra las malas condiciones laborales. En 1914, la publicidad negativa habría llegado a un punto crítico, con el llamado **Masacre de Ludlow**. El fortalecimiento de la filantropía, con altas inversiones en educación y salud, sirvió para aliviar la situación y neutralizar las duras críticas que se hicieron.

A partir de ahí, fueron, según la autora, unas cuatro décadas de intensa participación en el campo de la salud internacional, en las que Rockefeller, con la asistencia de expertos de diversos campos del conocimiento, estableció oficinas regionales de la IHD en París, Nueva Delhi, Cali (Colombia) y México, invirtiendo miles de millones de dólares en la realización de campañas de control de diversas enfermedades y problemas de salud. Desde 1951, cuando la IHD se fusionó con la recién establecida División de Medicina y Salud Pública de RF, el foco de actuación se trasladó hacia la educación médica.

A lo largo de los años, la RF patrocinó la creación de 25 escuelas de salud pública en América del Norte, Europa, Asia y América del Sur, financió cursos de postgrado y otorgó becas a cerca de 2500 profesionales de la salud pública. Curiosamente, sin embargo, siempre destacó la “ayuda oficial para las organizaciones de salud pública en el desarrollo de medidas administrativas adecuadas a las costumbres, necesidades, tradiciones y condiciones locales” como su más importante contribución. En este sentido, al mismo tiempo en que definía un modelo vertical de acción en salud internacional con campañas de carácter estrictamente científico y formación médica transnacional, la RF tuvo un papel importante en la generación de apoyo político y popular para la salud pública, ayudando a crear servicios nacionales de salud en todo el mundo, y abogando por la institucionalización de la salud internacional. Como señaló Anne-Emanuelle, este doble movimiento acabó resultando en la transferencia de la agenda, la estructura y la forma de actuar (modus operandi) de la RF a las instituciones locales, nacionales y multilaterales.

## La acción de la Fundación Rockefeller en la era del imperialismo

En el artículo, la autora afirma que en su trabajo en el campo de la salud internacional, la RF cortejó a los políticos y funcionarios públicos en todo el mundo, creando una profunda lealtad entre los profesionales de la salud y conectando las élites locales a las prestigiosas redes médicas internacionales. Además, diseminó la idea de la salud pública en las poblaciones de todo el mundo y ayudado a construir y modernizar docenas de instituciones de salud pública. Sin embargo, de acuerdo a Anne-Emanuelle, los esfuerzos de la RF habrían ido mucho más allá de la salud. Sirvieron para estabilizar colonias y naciones emergentes, en la medida en que ayudaron a los gobiernos para responder a las demandas sociales de sus poblaciones; fomentaron la transferencia y la internacionalización de los valores científicos, burocráticos y culturales; estimularon el desarrollo económico, el crecimiento y la ampliación de los mercados de consumo; y prepararon vastas regiones para la inversión extranjera, al garantizar una mayor productividad de las empresas y la incorporación en el sistema de expansión del capitalismo global. La salud internacional identificada previamente con las potencias militares y coloniales obtuvo una visión más positiva y diplomática, llegando a ser vista como propulsora del progreso social.

La investigadora canadiense dice que el trabajo de RF en la salud internacional se habría fortalecido al mismo tiempo y en estrecha relación con el imperialis-

La masacre tuvo lugar en abril de 1914, cuando la Guardia Nacional y los guardias de las minas de carbón de Ludlow, en el estado de Colorado, cargaron contra unos 1200 mineros que estaban en huelga y sus familias. La muerte de más de diez personas, incluidos los niños, causó una gran ola de ataques de la prensa sobre la empresa y sus propietarios.

mo norteamericano. Un claro ejemplo es la invasión de Cuba por los Estados Unidos en 1898, que, a pesar de representar un movimiento expansionista claro, fue justificado como una forma de contener la amenaza anual de brotes de fiebre amarilla a lo largo de la costa este de los Estados Unidos. La acción de la RF en la lucha contra la fiebre amarilla y la malaria fue instrumental en la finalización de la construcción del Canal de Panamá, cuya existencia, a su vez, sirvió para convencer a los gobiernos de los países de América Latina sobre la importancia de contener la propagación de epidemias resultantes de la intensificación del comercio marítimo entre el Atlántico y el Pacífico.

Durante tres décadas, la IHB/D realizó una investigación en África Occidental y grandes campañas en toda América Latina para reducir la presencia de mosquitos *A. aegypti* por pulverización de insecticidas, drenaje de los humedales y distribución de larvicida. En paralelo, financió y planificó investigaciones que resultaron en el descubrimiento de la vacuna contra la fiebre amarilla y ayudó a aumentar y fortalecer los conocimientos científicos en los EE.UU. Al actuar en los países de América Latina, asociando la lucha contra las enfermedades transmisibles a los intereses geoeconómicos reconocidos, la RF ayudó, como subraya Anne-Emanuelle, a expandir la “política del buen vecino”, defendida por el presidente estadounidense Franklin Roosevelt en la década de 1930.

La RF siempre tuvo cuidado de evitar las campañas de control de enfermedades que eran demasiado caras o demasiado complejas y que requieren mucho tiempo, excepto la librada contra la fiebre amarilla, considerada como una inversión esencial para los

intereses de las empresas estadounidenses y el comercio portuario. También fueron excluidas las que no se ajustasen al modelo de orientación técnica de salud pública, o incluso que no pudiesen tener sus resultados traducidos en los informes trimestrales utilizados por la creciente burocracia de la organización. Debido a esto, como afirma la historiadora, la diarrea infantil, la tuberculosis (TB) y otras causas principales de muerte en los países fueron tratadas pocas veces, ya que su control (o eliminación) dependería de largos períodos de inversiones de carácter social – saneamiento básico, por ejemplo - incluso si eso pudiera ayudar a resolver un conjunto mucho más amplio de problemas de salud pública.

La necesidad de adaptar sus proyectos a los contextos locales llevó a la RF a desarrollar su agenda de trabajo de manera aparentemente conjunta con los gobiernos en los procesos que a menudo terminaban creando estructuras nacionales permanentes – agencias u oficinas de salud pública – en manos de los gobiernos y centradas en el control de las enfermedades definidas por las campañas de la Fundación. La presencia en el trabajo de campo, en la dirección de las actividades y negociaciones políticas de profesionales contratados y capacitados por la RF sirvió también para facilitar y naturalizar la diseminación de las ideologías y prácticas definidas y defendidas por la “organización filantrópica” en las instituciones y las políticas nacionales, a menudo a expensas de los conocimientos e intereses locales. Mediante el patrocinio de la formación de médicos, enfermeras e ingenieros en salud pública en programas de América del Norte y Europa, la RF formó personal que más tarde se convirtió en sus propios interlocutores en los países y las propias organizaciones.

Anne-Emanuelle señala que esta forma de actuar de la RF encontró resistencia en algunos países y terminó necesitando reformulaciones. Cita como ejemplo a México, recordando que, a pesar de haber trabajado directamente con la RF, el médico sanitarista Miguel Bustamante, quien llegó a ocupar la Secretaría General de la Oficina Sanitaria Panamericana (PASB) y

la Secretaría de Salud del Estado en su país, se resistió a la imposición del modelo tecnocrático de salud pública y decidió implantar un modelo de base social que respondiera a las necesidades reales de salud del pueblo mexicano. En este sentido, la RF nunca se ha presentado como un monolito, sino más bien como una organización muy flexible que, con el tiempo, fue capaz de seguir el cambio de prioridades políticas en su propio país y en el extranjero.

## **Influencia amplia y duradera**

Para difundir su evangelio de la salud pública, la RF tendría, según la autora, fortalecido la imagen de institución filantrópica, supuestamente independiente del gobierno y sin interés comercial, con autonomía y responsabilidad limitada. Sus patrones de trabajo incluían el establecimiento de aparcerías nacionales, el uso de métodos específicos y técnicamente comprobados de control de enfermedades y un celo casi misionero de sus propios agentes. La idea de compromiso nacional con la salud pública, a su vez, era una estrategia valiosa para asegurar la permanencia de su enfoque a nivel de país. Para que eso sucediese, las asociaciones establecidas preveían la cofinanciación de las acciones de los gobiernos, que empezaba en 20% del coste de una campaña y acababa en 100% en pocos años. Al mismo tiempo, la Fundación participaba en numerosas acciones de cooperación entre los países, lo que permitía el mapeo directo o indirecto del panorama institucional de la salud internacional.

La agencia de salud de la Sociedad de Naciones creada después de la Primera Guerra Mundial fue formada en parte por IHB/IHD y pasó a compartir sus valores, expertos, manera de actuar y visión medicalizada de la salud. Además, dada la falta de recursos financieros para llevar a cabo su agenda y mantener sus operaciones, tuvo que pedir ayuda a la RF que, durante la Segunda Guerra Mundial, llegó incluso a hacerse cargo de algunas de las actividades clave en el ámbito de la salud pública en Europa.

En el período entreguerras, contextualiza Anne-Emanuelle, el proceso de institucionalización de la salud pública en el país y en el contexto internacional implicaba el enfrentamiento entre diferentes corrientes políticas, lo que obligó a la RF a considerar, oír, aprovechar e incluso asumir iniciativas de las fundaciones políticas progresistas, apoyando a investigadores y líderes en salud pública reconocidamente de izquierda. Si bien este apoyo haya sido siempre subordinado al modelo dominante, la financiación de los científicos que abogaban por la medicina social, como Johns Hopkins, Henry Sigerist y Andrija Stampar, reveló una flexibilidad ideológica providencial de la Fundación. La investigación llevada a cabo, a su vez, contribuyó al esfuerzo de la RF para recopilar la información a gran escala acerca de la evolución de la ciencia y la salud pública, incluidas las de los países socialistas.

En el escenario de Estados Unidos, la RF ayudó al gobierno a fortalecer la estrategia salud internacional como política exterior. Cuando, a mediados de la década de 1930 Alemania comenzó a utilizar la ayuda médica para acercarse a algunos países de América Latina, en busca de materias primas esenciales, la RF redobló sus esfuerzos de salud pública en la región, favoreciendo el acercamiento de estos países con EE.UU..

En pocas palabras, cómo resume la autora, lo que permitió esta enorme influencia en la definición de la agenda y el establecimiento de instituciones en el área de la salud pública fueron la actuación masiva de la RF a nivel internacional y sus poderosos tentáculos presentes en casi todas las actividades de salud pública. La fuerte presencia de RF no sólo fue el resultado de un esfuerzo unilateral, ya que sus acciones siempre implicaban en dar y recibir y eran marcadas por momentos de negociación, cooptación, aplicación, resentimiento e incluso de rechazo total. “En ese momento, la RF no sólo funcionaba como una institución filantrópica, sino como un organismo nacional, bilateral, multilateral, internacional y transnacional en el campo de la salud pública”, resume Anne-Emanuelle.

En 1951, tres años tras la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la IHD se extinguió y la RF acabó reduciendo su papel en la conducción

de la salud internacional, manteniéndose, no obstante, vinculada a diversas actividades relacionadas con la salud y el desarrollo internacional.

En la década de 1970, por primera vez bajo el mando de un médico - John Knowles -, la RF regresó a fortalecerse en el ámbito de la salud internacional. En 1977, puso en marcha el Programa de las Grandes Enfermedades Desatendidas de la Humanidad e inició con la OMS los debates sobre la atención primaria de salud. En 1980, estableció la Red Internacional de Epidemiología Clínica (INCLIN, del inglés, International Clinical Epidemiology Network) y, en 1984, ayudó a lanzar la Fuerza de Tarea para la Supervivencia Infantil, una iniciativa conjunta con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial.

En la década de 1990, la RF estableció el proyecto de **Escuelas de Salud Pública sin Fronteras** y fue cofundadora de las Iniciativas Internacionales de Vacuna contra el SIDA y Vacunas para Niños. Durante este período, después de varios cambios impuestos por el fin de la Guerra Fría y el surgimiento de la ideología neoliberal, que se tradujo en un fuerte debate interno, la RF empezó a cambiar su tradicional apoyo al sector público a las iniciativas basadas en aparcerías público-privadas. Según la historiadora, a pesar de haber sido parcialmente eclipsada por otros actores que han surgido en este contexto y haber perdido el liderazgo en la primera mitad del siglo 20, la RF acabó dejando un poderoso, aunque problemático legado para el campo de la salud pública internacional (véase cuadro).

## La Guerra Fría y el surgimiento del neoliberalismo

En términos de contexto, Anne-Emanuelle recuerda que en las décadas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, se crearon o renovaron muchas organizaciones relacionadas con la salud internacional, incluyendo agencias de ayuda humanitaria y desarrollo bilaterales, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), diversos organismos de las Naciones Unidas (ONU), un sinnúmero de organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales y locales, institutos de investigación, fundaciones privadas, grupos de negocios y así sucesivamente. Los movimientos de liberación de la posguerra en Asia, África, y más tarde en el Caribe también han contribuido a una dinámica geopolítica más compleja, en la que diversas partes interesadas empezaron a actuar en varias configuraciones, y docenas de nuevos países independientes adquirieron su voz, al menos nominalmente, en el desarrollo de políticas internacionales.

Desde 1946 hasta principios de 1990, el campo de la salud internacional terminó siendo moldeado por la rivalidad política e ideológica entre el bloque occidental, identificado con el capitalismo estadounidense y el bloque oriental, vinculado al comunismo soviético, así como el paradigma del desarrollo económico y modernización construido por las potencias occidentales como el único camino para el progreso y para la descolonización del Tercer Mundo. El escenario hizo de la salud una forma importante para el establecimiento de alianzas. En ambos los bloques, las grandes potencias desplegaron hospitales, empresas farmacéuticas y clínicas en los países más pobres y trataron de llevar a cabo acciones de control de enfermedades en las plantillas de la RF y patrocinaron un gran número de becas para la formación avanzada de profesionales de la industria.

El proyecto “Escuelas Públicas de Salud sin Fronteras” (PHSWOW, del inglés, Public Health Schools Without Walls) fue creado en 1992 con el objetivo de acercar a los países en desarrollo la posibilidad de formar, en el nivel de posgrado, personal de salud pública con habilidades técnicas, gerenciales y de liderazgo necesarias para el funcionamiento de los sistemas de salud cada vez más descentralizados. El primer curso máster de la iniciativa se ofreció en la Universidad de Zimbabue en 1993. Los dos años siguientes comenzaron cursos en Uganda y Ghana, todos con fuertes lazos de cooperación entre ellos y con base en el modelo de competencias. Entre otras cosas, la iniciativa permitió la difusión de materiales y experiencias entre distintas instituciones africanas de salud pública.

## El legado de la Fundación Rockefeller

Algunos de los principios establecidos por la RF y que impregnaron sus relaciones con los países e incluso su actuación en el campo más amplio de la salud internacional son todavía muy presentes en el sector, incluyendo:

- La definición de la agenda de arriba hacia abajo, es decir, por los donantes, tanto a través de financiación directa de las actividades en los países o a través de la concesión de subvenciones;
- Financiación parcial de las actividades, generando compromisos de los beneficiarios con la entrada de recursos humanos, materiales y financieros que habiliten los proyectos de cooperación;
- Orientación de las actividades de acuerdo con el paradigma técnico y biológico, por lo general en las acciones que tienen como objetivo el control de enfermedades a través del uso de instrumentos técnicos con una amplia gama de configuraciones y considerando el comportamiento y las características biológicas individuales como la causa principal de las enfermedades;
- El establecimiento de criterios de éxito a priori, lo que tiende a establecer límites geográficos y temporales más estrictos para las actividades, al tiempo que reduce su objeto de intervención, con el fin de garantizar la visibilidad y la posibilidad de medir los resultados de manera objetiva;
- El uso de los profesionales formados en el extranjero y funcionarios de los organismos donantes, por lo general involucrados en redes internacionales para facilitar la traducción, en los países, de las iniciativas y enfoques utilizados por los donantes; y
- Posibilidad de adaptación de las actividades propuestas a las condiciones y contextos económicos, culturales y políticos locales.

Para Anne-Emanuelle estos principios fueron alimentados continuamente con alianzas entre la RF y una variedad de intereses nacionales, y su permanencia parece ser una consecuencia de las fuertes disparidades en el poder político y médico que aún caracterizan a la mayoría de las interacciones internacionales y globales de la salud.

Ella dice que el legado de la RF ha creado fuertes raíces en la OMS y la OPS, a través de las acciones de algunos profesionales como Fred Soper y Marcolino Candau, quienes asumieron posiciones de liderazgo en estas organizaciones tras trabajar directamente con la RF.

En la década de 1950, se hizo evidente que la reconfiguración del poder mundial trajo pocos beneficios a las antiguas colonias. En 1964, los países no alineados con soviéticos y americanos crearon el movimiento G-77, que pretendía confrontar el neocolonialismo implementado a través del apoyo al desarrollo y exigir el respeto de la soberanía en la toma de decisiones, así como denunciar los acuerdos comerciales internacionales injustos y la falta de democracia en las agencias de la ONU. La salud internacional se ha convertido en un peón en el juego soviético-americano por el poder y la influencia.

Según lo declarado por la autora, la OMS, claramente controlada por los intereses del bloque occidental, seguía operando bajo el sesgo de la RF, fomentando la profesionalización y el crecimiento burocrático, y realizando campañas mundiales y técnicamente orientadas al control o la eliminación de enfermedades específicas: primero contra pian (con penicilina) y tuberculosis (con BCG), y luego, sin éxito, contra malaria (basado en el insecticida DDT, ampliamente utilizado durante la Segunda Guerra Mundial). Esta fase culminó con una campaña audaz a la base de la vacuna contra la viruela, lo que dio lugar a la declaración de la erradicación de la enfermedad en 1980.

En la década de 1970, este tipo de enfoque utilizado por la OMS, con el brote de la enfermedad e impulsada por los donantes, comenzó a ser cuestionada, sobre todo por los países del G-77, que, bajo el liderazgo del danés Halfdan Mahler, buscaban establecer acciones de cooperación en una perspectiva intersectorial. En 1978, el movimiento de la atención primaria de salud consagrado en la Declaración de Alma-Ata y en la política de la OMS “Cuidados para todos” establece que la salud es un derecho humano fundamental y debe lograrse con medidas sociales y de salud pública integradas que reconozcan el contexto económico, político, social y de salud, y no a través de campañas técnicas y biológicas definidas de arriba abajo.

La resurrección de la medicina social en la década de 1970, en la cara de la atención primaria de salud tendría creado, según la canadiense, amargas divisiones dentro de la OMS y entre ella y

UNICEF, lo que permitió que la RF resurgiera para desempeñar un papel pequeño, pero fundamental en la promoción de la atención primaria de salud. Por lo tanto, en una perspectiva técnica reducida de agenda de justicia social amplia de Alma-Ata a la atención primaria de la salud, cuyo énfasis estaba puesto en los enfoques de “bajo costo”, la RF invirtió, por ejemplo, en la inmunización y la terapia de rehidratación oral, que se convirtió en el principal motor de las campañas de supervivencia infantil de UNICEF del 1980.

En el mismo momento en que trataba de deshacerse de los principios de salud internacional establecidos por la RF, la OMS empezó a enfrentar una crisis política, financiera y burocrática que afectó su legitimidad y su presupuesto. Las perturbaciones del petróleo y las crisis económicas de finales de los años 1970 y 1980 impidieron que muchos países miembros pagasen su cuota de contribución. Además, la OMS fue acusada de tener muchos empleados en la sede y pocos en el trabajo de campo.

Para Anne-Emanuelle, el auge de la ideología política neoliberal, que reforzaba la idea de un mercado “libre” al tiempo que minimiza el papel del gobierno en la redistribución de la riqueza y promoción del bienestar social, así como en la regulación de la actividad industrial y económica, llevó eventualmente a una ruptura con el modelo que la RF había adoptado en el período entreguerras, o sea, un fuerte apoyo a las instituciones internacionales de salud. El gobierno del presidente conservador estadounidense Ronald Reagan, a su vez, se congeló la contribución financiera de Estados Unidos con el fin de tomar represalias contra la OMS por su programa de medicamentos esenciales, que estableció un recetario de medicamentos genéricos, y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, publicados en 1981, ambos considerados deliberadamente contrarios a los intereses de las empresas estadounidenses. A principios de 1990, menos de la mitad del presupuesto de la OMS procedente de las contribuciones anuales de los países fue objeto de decisiones “democráticas” de la Asamblea Mundial de la Salud y una parte creciente de los recursos derivados de donantes, entre ellos, en ese momento, una gran variedad de entidades privadas, se destinaba para actividades y programas predefinidos.

La Guerra Fría había terminado, dejando a su paso la promoción del comercio mundial, la mercantilización de la salud y la idea de la vigilancia y la seguridad de la salud como justificación para la salud internacional. En ese momento, dice la canadiense, la OMS estaba muy lejos de hacerse cargo de las actividades internacionales de salud, tal como se estipula en su Constitución de 1946, limitándose a ejercer su función de seguridad de la salud, en materia de seguimiento, reporte y control de enfermedades infecciosas re-emergentes (como la tuberculosis), y en especial las pandemias. En el mismo período, el Banco Mundial, cuya propuesta habló de reformas de la eficiencia y privatización de los servicios de atención de salud, con un presupuesto mucho mayor que el de la OMS, y varios otros organismos bilaterales que desarrollaban actividades internacionales de salud simplemente ignoraban su existencia. A lo largo de la década de 1990, el gasto en salud internacional se estancó y el futuro de la OMS y todo el campo parecía estar en riesgo.

Una observación interesante de la autora trata del reemplazo del término “salud internacional” con el de “salud global”, que, dijo, tuvo el objetivo de desprenderse del campo de usos ideológicos del pasado y hacer que la salud internacional dejase de ser vista como una “sierva” del colonialismo o un peón de rivalidades de la Guerra Fría y de la política de desarrollo. Así que ella dice que el nuevo término “salud global” buscaba fortalecer una visión de responsabilidad compartida para la salud, en referencia a los patrones de salud y enfermedad en términos de interacción de las fuerzas globales, nacionales y locales, los procesos y las condiciones en los campos políticos, económicos, sociales y epidemiológicos. Sin embargo, hace una advertencia de que, a pesar de las supuestas diferencias, en la práctica la nueva “salud global” todavía tiene muchas similitudes con su predecesora, la “salud internacional”, y los términos todavía generan cierta confusión.

En pocas palabras, después de la Guerra Fría, la filantropía internacional de la salud volvería con un nuevo aspecto a la hora de que el volumen de recursos que se utilizan para ganar la Guerra Fría comenzó a decaer y el contexto era atacar el papel del Estado, favoreciendo al sector privado con fines de lucro.

## La Fundación Gates: una nueva versión del filantropocapitalismo

Acerca de la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF), Anne-Emanuelle recuerda que esta nueva entidad con sede en Seattle (Washington, EE.UU.) apareció en 2000 y, desde entonces, empezó a dar forma a la agenda de la salud global. Creada por Bill Gates (fundador de Microsoft) y su esposa Melinda, se ha seguramente convertido en la mayor organización filantrópica involucrada en la salud global, con intereses también en otras áreas, como el desarrollo, la agricultura, la defensa global, la educación, etc. Un presupuesto para la salud global más alto que el presupuesto de la OMS en los últimos años, junto con la fama y la participación activa de sus fundadores, fueron, según la autora, los principales factores que llevaron a la Fundación Gates hacia una posición de liderazgo en la salud global prácticamente repentinamente.

De acuerdo con su División de Salud Global, el objetivo principal de BMGF en esta área es “aprovechar los avances de la ciencia y la tecnología para reducir las desigualdades de salud”, a través de la innovación y la aplicación de tecnologías de salud que cubren tanto el tratamiento (mediante herramientas de diagnóstico y aparcerías para el desarrollo de fármacos) como la prevención (mediante, por ejemplo, vacunas y microbicidas). Inicialmente, según Anne-Emanuelle, la Fundación se ha centrado en algunos programas de control de enfermedades, sobre todo como una agencia de concesión de subvenciones. Ello, sin embargo, ha cambiado en los últimos años, con los esfuerzos que llegan a más de 100 países, el establecimiento de oficinas en el Reino Unido, China e India y el crecimiento de su personal a más de 1100 personas.

Al igual que la RF en el pasado, la BMGF opera de acuerdo con los incentivos de cofinanciación, adoptando un enfoque orientado técnicamente – con programas para lograr evaluaciones positivas en los objetivos estrictamente definidos – y siguiendo un modelo de negocio que prioriza las metas a corto plazo. Hay una clara preferencia por la elección de actividades de gran éxito que puedan resultar muy eficientes y eficaces, sobre todo dentro de un solo ciclo político en detrimento de aquellas que, combinando medidas sociales, políticas y de salud pública, puedan lograr mejores resultados a largo plazo.

Otra característica notable de la BMGF, que se destaca en el texto, es su extraordinaria capacidad para atraer aparceros para sus esfuerzos, incluidas las organizaciones reconocidas para el uso de un enfoque de justicia social, como Norad (Agencia Noruega para la Cooperación al Desarrollo) y otros donantes bilaterales que, a pesar de aportar anualmente conjuntamente con diez veces más recursos a la salud global que la propia Fundación, reciben mucho menos reconocimiento.



Bill Gates – 64ª AMS 2011.

Según Anne-Emanuelle, la BMGF terminó siendo un salvavidas para la salud global, en un contexto en el que el gasto para la salud global (considerando la OMS y otras organizaciones multilaterales y bilaterales) se estancó; la élite política, la élite económica e, influenciados por medios de comunicación dominantes, los votantes en muchos países comenzaron a criticar el monto de los recursos públicos de ayuda exterior; y muchos de bajos y medianos ingresos tuvieron que hacer frente a graves problemas en la salud (VIH/SIDA, enfermedades infecciosas re-emergentes y la creciente carga de enfermedades crónicas) agravadas por décadas de recortes de gastos sociales impuestos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI).

Sin duda, como señala la autora, la Fundación Gates ha inyectado dinero y vida en el campo de la salud global y alentado la participación de otros actores. Sin embargo, incluso los que reconocen la importancia de este papel critican su falta de responsabilidad y transparencia en tiempo real (sobre todo con dólares subsidiados por los contribuyentes) y el poder excesivo que ella y otros actores privados, incluyendo los privilegiados por el modelo APP empleado dentro de la Fundación Gates, han ganado sobre el bien público.

### El enfoque BMGF: alcance y límites

Aunque apoye un gran número de entidades, entre ellas el Banco Mundial, la OMS y otros organismos multilaterales, empresas privadas y gubernamentales, universidades y organizaciones no gubernamentales, la mayoría de los recursos para la salud global por la BMGF se transfiere a (o transita a través de) entidades con sede en los países desarrollados. Según lo explicado por Anne-Emanuelle, del comienzo de 2014 hasta la publicación del artículo, casi tres cuartas partes de la cantidad pagada por el Programa de Salud Global de la BMGF se ha destinado a 50 organizaciones, el 90% de las cuales se ubican en los Estados Unidos, el Reino Unido y Suiza.

En general, el Programa de Salud Global de la BMGF apoya la investigación, el desarrollo de diagnósticos, preventivos y tratamientos y campañas relacionados con el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis, la neumonía, las enfermedades diarreicas y las llamadas “enfermedades desatendidas” (para las cuales ya existen herramientas técnicas para el control, de los medicamentos a las vacunas, sales de rehidratación oral y los mosquiteros impregnados con

insecticidas), y financia la investigación en el contexto de la **ciencia traslacional** y sobre los métodos de detección de cáncer de cuello uterino. También desde 2011, ha supervisado una serie de actividades relacionadas con la planificación familiar; salud materna, neonatal e infantil; nutrición; poliomielitis; distribución de vacunas; y agua, saneamiento e higiene, siempre en las iniciativas relacionadas con herramientas, procedimientos y otras intervenciones, a menudo con aparceros del sector privado. Con respecto al saneamiento, por ejemplo, la BMGF apoya “el desarrollo de tecnologías radicalmente nuevas de saneamiento, así como mercados para nuevos productos y servicios de saneamiento”.

Para la investigadora, sin embargo, es en su apoyo al desarrollo de vacunas que BMGF se destaca, y en 2010 se ha comprometido a invertir US\$ 10 millones en 10 años para este fin. Reconociendo que las vacunas son importantes herramientas de salud pública, la autora advierte sobre la necesidad de considerar la naturaleza de las inversiones de la BMGF en vacunas y sobre lo que está olvidado por el enfoque utilizado. Ella señala que, al igual que sucedió con el enfoque de la RF, la BMGF es reduccionista, y esto puede ser comprobado en el discurso que Bill Gates hizo en mayo de 2005, al ser invitado a abrir la 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Invocando el modelo de erradicación de la viruela en base a la vacunación y sin citar el estatus libre de patentes de las vacunas utilizadas en el momento, él habría tratado de definir el rumbo futuro de la OMS, diciendo: “Algunos apuntan a mejorar la salud en el mundo desarrollado y decir que sólo podemos mejorar la salud cuando eliminamos la pobreza. La eliminación de la pobreza es un objetivo importante, pero el mundo no tuvo que eliminar la pobreza para eliminar la viruela y no tenemos que eliminar la pobreza antes de reducir la malaria. Tenemos que producir y entregar una vacuna”.

“Sorprendentemente, Gates apeló al público con una solución tecnológica engañosamente simple a un problema muy complejo, a sólo dos meses después de que la OMS lanzó su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, cuya creación fue precisamente para contrarrestar entendimientos excesivamente biomedicalizados de la salud y para investigar y abogar sobre una serie de factores estructurales y políticos clave que influyen en la salud”, la autora escribe, y agrega: “Además, la declaración de Gates contradice directamente una multitud de investigaciones demográficas y de salud pública que muestran que la disminución de la mortalidad moderna desde hace el siglo 19 ha sido causada en el primer lugar, por la mejora de la vida y del trabajo, seguida de una combinación de esos enfoques socio-políticos con el desarrollo de tecnologías médicas que han surgido desde la Segunda Guerra Mundial.

Ella dice que, al contrario de la RF que, a principios del siglo 20, se abrió a la investigación de la medicina social y mostró la importancia de esta asociación de factores. Para Gates, sin embargo, las alternativas de izquierda pueden ser sumariamente rechazadas o ignoradas. En 2008, por ejemplo, BMGF lanzó el programa “Grandes Retos de Exploraciones” que complementa la iniciativa de los “Grandes Retos de la Salud Global” y proporciona fondos para los científicos de docenas de países llevar a cabo proyectos de investigación “valientes” y “poco ortodoxos” que aborden la salud en términos tecnológicos y circunscritos, y no a través de entendimientos técnicos y sociopolíticos integrados. Como destacó Anne-Emanuelle, ni el Desafío 16 – “Hallar nuevas formas de llegar a nacimiento, crecimiento y desarrollo saludable” – hace cualquiera referencia a las condiciones de vida de los recién nacidos y sus familias.

Según la autora, aunque las soluciones técnicas y de gestión a los problemas de salud parezcan más atractivas que los enfoques complejos basados en las condiciones sociales, es claro que en ninguno de los casos hay una solución rápida y científicamente correcta. Ella dice que el propio Bill Gates reconoce que muchos de los Grandes Retos sólo se traducirán en resultados 15 años o más después de iniciados, el tiempo suficiente para que la inversión social y política que apoya, por ejemplo, a la construcción de sistemas integrales basados en la atención primaria de salud y la equidad en la salud, pueda lograr buenos resultados en una escala mucho mayor.

Como ejemplo, cita el programa “Barrio Adentro”, implementado en 2003 en Venezuela, que, de acuerdo con la OMS y otras evaluaciones, tendría, entre otras cosas, reducido la mortalidad infantil de 19 a 13,9 muertes en 1000 nacidos vivos en diez años. La iniciativa partió de la definición constitucional, en 1999, de la salud como un derecho humano garantizado por el Estado, junto con una fuerte inversión en políticas de salud y servicios sociales, nutrición, vivienda, educación y mejores puestos de trabajo centrados principalmente en la población de bajos ingresos. Anne-Emanuelle recuerda que los probables miles de millones de dólares invertidos en este esfuerzo por el gobierno venezolano es una cantidad mucho más grande que la BMGF y todos los donantes juntos pueden gastar en un solo país en la atención primaria y este tipo de gasto no sería realmente esperado de ninguno de los

Son aquellas que tienen como objetivo promover la investigación interdisciplinaria y acelerar el intercambio bidireccional entre la ciencia básica y la clínica, moviendo las conclusiones de investigación básica del laboratorio a los entornos aplicados en que pacientes y poblaciones están involucrados.

donantes. Sin embargo, como lo destaca, la falta de interés por el BMGF y la mayoría de los donantes tradicionales que rechazan este tipo de medidas de redistribución, favoreciendo o incluso considerando los enfoques integrados como una vía legítima y eficaz (aunque no perfecta) a la equidad global de salud dice mucho. “Está claro que las empresas que luchan por la justicia social no ofrecen una manera políticamente aceptable en un entorno neoliberal caracterizado por la extrema concentración de riqueza y poder”, garantiza la canadiense.

Es cierto que la BMGF también está patrocinando en una escala mucho menor, algunas iniciativas que no siendo estrictamente técnicas y biomédicas, proporcionan apoyo a la construcción y el mantenimiento de sistemas nacionales de salud públicos. En 2006, por ejemplo, la BMGF participó con US\$ 20 millones para crear, entre otros, la Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública (IANPHI, del inglés, International Association of National Public Health Institutes) y el Instituto Nacional de Salud Pública de Cuba. Sin embargo, este tipo de apoyo, que también recibe mucho menos publicidad, está muy lejos de ser una alternativa a la forma de actuar de BMGF.

El hecho es que, a pesar de todas las deficiencias claras, los enfoques centrados en tecnologías y en las enfermedades específicas todavía prevalecen en los órganos de toma de decisiones formales en la salud global, bajo la influencia primaria de la BMGF, cuya función fue, de acuerdo con el artículo, ampliada por el establecimiento y la actuación de Health 8 (H8), un grupo de ocho grandes instituciones vinculadas al tema de la salud global: OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Banco Mundial, BMGF, la Alianza Mundial para las Vacunas (GAVI) y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. El H8 celebra reuniones tales como el G-8, en las que la agenda global de la salud dominante se conforma a puertas cerradas, y las organizaciones bajo la fuerte influencia de BMGF representan una pluralidad.

En su texto, Anne-Emanuelle cita el crecimiento de las llamadas *aparcerías público-privadas* (APPs) como una de las principales palancas de influencia de la BMGF y recuerda que representan una forma de financiación y de operación en la salud global que sólo puede ocurrir a partir de la entrada maciza de capital privado en la salud y el desarrollo. Aunque los intereses filantrópicos y comerciales han estado siempre presentes en la salud internacional, fue desde la década de 1990 que las APPs se formalizaron como un elemento central de la salud global, siguiendo la receta del Banco Mundial y del FMI a privatizar los bienes públicos. Y si este método surgió primero con la RF, fue con la BMGF que ella se consolidó y fortaleció. Hoy en día, las iniciativas “Stop TB”, “Roll Back Malaria” e “International AIDS Vaccine Initiative” son sólo algunas de las decenas de grandes APPs globales de la salud — con estimaciones que van desde unos pocos millones a miles de millones de dólares — que se crearon o reciben fondos a través de la BMGF.

Interpretada como una oportunidad para ampliar el financiamiento y la visibilidad de la salud global, estas “colaboraciones” entre el sector privado y los organismos públicos (multilaterales y nacionales) terminan ocultando una serie de intereses comerciales y permitiendo que el sector empresarial ejerza un papel sin precedentes en la formulación de políticas internacionales de salud pública sin asumir la respectiva responsabilidad que eso conlleva.

Es necesario, como señala la autora, tener en cuenta que las APPs no son exclusivas de la salud y que la BMGF no es el único jugador en este entorno, pero también vale considerar que el importante papel desempeñado en la creación del Fondo Mundial y de la Alianza GAVI, ambos miembros del H8, hace hincapié en la primacía que el modelo APP asume dentro de la Fundación.

Creado en 2002, con US\$ 100 millones de dólares del BMGF, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es actualmente la mayor APP en salud y su objetivo sería eludir las trabas burocráticas impuestas por la ONU en la financiación de servicios y terapias para combatir estas tres enfermedades. Su acción, sin embargo, termina contribuyendo a debilitar la OMS y cualquier expectativa de gobernabilidad democrática de la salud global. El Fondo Mundial recauda dinero, analiza las propuestas y desembolsa las subvenciones y los contratos, en lugar de ejecutar directamente los programas. Desde 2013, el Fondo Mundial distribuye más de US\$ 22.9 mil millones a cerca de un millar de programas en más de 140 países. En diciembre de 2013, los donantes se comprometieron también con un adicional de US\$ 12 mil millones en los próximos tres años.

Para Anne-Emanuelle, la creación del Fondo Mundial también acabó afectando a un movimiento transnacional importante para la reforma de la propiedad intelectual. El movimiento, que surgió a finales de 1990, tenía como objetivo la especulación de las empresas farmacéuticas, que impedía el acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA en los países de bajos y medianos ingresos, especialmente en África. En este caso, las donaciones filantrópicas y bilaterales que han hecho que los medicamentos sean más asequibles, también sirvieron para aliviar las tensiones entre las enormes ganancias farmacéuticas y la salud de los pobres del mundo, con el consiguiente debilitamiento de la lucha por las reformas relacionadas con las patentes de medicamentos en el mundo.

En la Junta Directiva del Fondo Mundial, 20 miembros con derecho a voto, con ocho representantes de los gobiernos donantes y siete representantes de países de ingresos bajos y medianos. La filantropía privada, el sector privado, las “comunidades” y organizaciones no gubernamentales de los países desarrollados y en desarrollo tienen un representante cada uno. “Sorprendentemente, la OMS y el ONUSIDA no tienen derecho a voto en el Consejo, pero el sector privado, representado por la farmacéutica Merck/MSD, y fundaciones privadas, representada por la BMGF, que cuenta con cerca de US\$ 1.5 mil millones al Fondo, lo tiene”, dice la autora.

El hecho de que el Fondo Mundial, al igual que muchas otras APPs, también cita “oportunidades de negocios” ([www.theglobalfund.org/en/business](http://www.theglobalfund.org/en/business)) — contratos lucrativos — como un sello distintivo de su trabajo, muestra, según la autora, como la salud global está siendo capturada por los intereses comerciales de una manera inédita.

Según Anne-Emanuelle, entre el 20 y el 25% del presupuesto bienal de la OMS tiene que ver con trabajar junto con estas *aparcerías*, por lo que es cada vez más dependiente del capital privado. Ella dice que, si bien en 2007, el Consejo Ejecutivo de la OMS ha reconocido los muchos problemas causados por las APPs — fragmentación de los esfuerzos y de las políticas de salud global, la cuestión de costo-efectividad y la falta de compromiso de los resultados, etc. — a partir de 2012-2013, la organización dejó de presentar forma sistemática en su presupuesto bienal datos sobre su participación en APPs, admitiendo que “no siempre tiene el control completo de los resultados y productos”. Para la investigadora, la evidencia más fuerte del papel paradójico que la OMS lleva a los problemas de las APPs y la creciente participación del sector privado en su trabajo es una resolución de la Asamblea

Mundial de la Salud 2010 (WHA63.27), que pide a los países a “constructivamente involucrar el sector privado en la prestación de servicios esenciales de salud”.

De hecho, como Anne-Emanuelle reconoce, algunas APPs de salud global han ayudado en la investigación, el desarrollo y un mayor acceso a los productos farmacéuticos, pero, en general, terminan repitiendo los mismos vicios de los donantes regulares de salud: imposición de agendas externas, escasa armonización con las partes interesadas y los gobiernos nacionales, falta de financiación y el envejecimiento del sector público. En última instancia, los programas desarrollados por las APPs — centrados en la enfermedad, que se define de arriba hacia abajo — ponen en peligro los sistemas de salud y evitan los enfoques integrados. “No hay APP para la justicia social en salud”, dice bromeando la profesora, recordando que estas preocupaciones se ven agravadas por la incongruencia que existe entre los mandatos con fines de lucro y el compromiso de la OMS para la salud como un derecho humano.

Ella dice que las *aparcerías público-privadas* otorgan incentivos para los investigadores académicos para que hagan un trabajo de valor para los *aparceros* de la industria, que es una forma disfrazada de la industria privada influenciar la investigación en la salud global y cómo los resultados científicos son diseminados y apropiados. Cuando todos los beneficios de las APPs se contabilizan, el resultado neto es que la mayoría de las APPs canalizan el dinero público para el sector privado y no al revés.

En resumen, las APPs, fuertemente formadas por BMGF, permiten a los intereses privados definir la agenda de salud pública, dan legitimidad a las actividades de las empresas a través de la asociación con agencias de la ONU, equiparan los objetivos corporativos y públicos, y dan lugar a una serie de conflictos de intereses, en los que los *aparceros* privados buscan comercializar sus propios productos a través de su participación en la *aparcería*. Además, agregan los fines de lucro al estilo de actuación ya problemático de la RF, con algunos agravantes. “En contraste con la RF del pasado, las APPs promueven la ganancia como objetivo principal del trabajo en la salud global, en contraposición a las actividades estratégicas de salud pública (contra la fiebre amarilla, por ejemplo), que beneficiaran a los intereses capitalistas una vez hecho el trabajo de salud pública”, dice la autora. ■