



**Cooperación al desarrollo
dirigida a la sanidad: el papel
de los organismos internacionales**

Diciembre 2013

Este análisis fue elaborado
por el Dr. José Luis Puerta.
El informe refleja las opiniones
del autor, que no son necesariamente
las de ISGlobal.
Mucho realizó la edición y el diseño.



Obra publicada bajo la licencia de Creative
Commons Reconocimiento-NoComercial-
SinObraDerivada 3.0 Unported.

ISGlobal es una iniciativa de:



RESUMEN EJECUTIVO

01

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS ORGANISMOS INTERNACIONALES Y DE LA AYUDA AL DESARROLLO EN EL SECTOR DE LA SANIDAD

1. Del aislamiento del *Ancien Régime* a la globalización
2. La salud y sus determinantes
3. La salud como motor del crecimiento económico. La desigualdad
4. Salud, globalización y relaciones internacionales

02

EL BANCO MUNDIAL. DE LOS PRÉSTAMOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD AL LOGRO DE RESULTADOS EN SALUD INTERNACIONAL

1. Primera etapa (1970-1979): Control de la natalidad
2. Segunda etapa (1980-1986): Atención Primaria y Programas de Ajuste Estructural
3. Tercera etapa (1987-1996): Reforma sanitaria
 - a. El Banco Mundial como financiador de proyectos sanitarios
 - b. ¿De dónde proviene el dinero del Banco Mundial?
4. Cuarta etapa (1997-2000): Énfasis en resultados, lucha contra el VIH/SIDA y consolidación de los sistemas sanitarios
5. Quinta etapa (2001-2006): Objetivos mundiales y alianzas público-privadas. La *Edad de Oro* de la Salud Internacional
6. Sexta etapa (2007-presente): Fortalecimiento de los sistemas sanitarios y logro de resultados

03

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DE LAS
INTERVENCIONES VERTICALES A LOS PROGRAMAS
DE SALUD A «LA CARTA»**

1. Primera etapa
2. Segunda etapa
3. Tercera etapa
4. Cuarta etapa

04

**HACIA UN NUEVO PARADIGMA (I)
EVOLUCIÓN RECIENTE DE LA AYUDA AL DESARROLLO
EN EL SECTOR DE LA SANIDAD**

1. DÉCADAS DE LOS AÑOS 50 Y 60
La herencia colonial: el hospital urbano. Control de las enfermedades
2. DÉCADA DE LOS AÑOS 70
Lucha contra la pobreza. La equidad como fundamento de la cooperación en salud (erradicación de las enfermedades y control de la natalidad)
3. DÉCADA DE LOS AÑOS 80
Programas de Ajuste Estructural (PAE). Fatiga del donante. El SIDA revive un gigante dormido
4. DÉCADA DE LOS AÑOS 90
Reformas en salud: Enfoques Sectoriales Ampliados y preocupación por los resultados
5. SIGLO XXI
Nuevo paradigma: Alianzas público-privadas, la salud como problema global, la mensurabilidad de los resultados

05

**HACIA UN NUEVO PARADIGMA (II)
CIFRAS, AGENTES E INSTRUMENTOS DE SALUD
INTERNACIONAL EN EL NUEVO MILENIO**

1. Las cifras de salud internacional
2. Filosofía y taxonomía de los nuevos agentes de la Salud Internacional
3. Nuevos instrumentos financieros

06**CONCLUSIÓN****07****BIBLIOGRAFÍA**

Decía el filósofo Platón que serían felices las Republicas si se quitasen de entre los hombres aquellas dos palabras mío y tuyo, porque ¿cuántas tragedias excitan entre nosotros?, con qué clamores no se entonan aquellas expresiones y frases: Yo di lo que era mío, él me quitó lo que es mío, nadie llegue a lo que es mío; no he tocado lo que es tuyo, guarda lo que sea tuyo, conténtate con ello; como si hubiera algún hombre que poseyera algo que con razón pueda llamar suyo; aun la virtud misma la ha recibido de Dios...

Juan Luis Vives, *Tratado del socorro de los pobres*, Brujas, 1526.

EN LOS ÚLTIMOS 60 años han cambiado muchas cosas, tenemos Internet, la Guerra Fría empezó y terminó, podemos hacer trasplantes, vivimos una globalización como nunca antes había existido, etcétera. Sin embargo, los grandes principios (e incluso necesidades) que alumbraron en aquellas fechas iniciativas como el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o Naciones Unidas siguen estando tan vigentes como entonces.

Hoy sabemos que existe una importante relación causal entre desarrollo económico y salud. Por eso, desde sus inicios, las agencias y organismos multilaterales encargados de coordinar políticas y canalizar recursos para la cooperación han tratado de diseñar sus estrategias y sus programas basándose en los conocimientos científicos que se han ido adquiriendo. Así, sabemos que la promoción de los factores determinantes de la salud o los esfuerzos dirigidos contra las enfermedades prevenibles constituyen la forma más racional y eficiente de mejorar el estado de salud de una sociedad.

También, a diferencia de lo que sucedía antes, contamos con indicadores —por ejemplo los años de vida ajustados por discapacidad— que nos informan cada vez con más precisión de las consecuencias de la muerte prematura o la incapacidad provocada por muchas enfermedades que son prevenibles. Aunque tales consecuencias son relevantes en términos de bienestar para los individuos y sus familias, no se puede olvidar el influjo negativo que ejercen en la economía, pues afectan a un factor de producción crítico: el capital humano.

Aún a comienzos del siglo pasado, las enfermedades con gran capacidad de contagio eran percibidas como una mera amenaza para el comercio y los intereses

de unos pocos. Hoy, sin embargo, se consideran un riesgo evitable (para el individuo y la sociedad) y un óbice para el progreso de las comunidades que integran ese todo interdependiente que ha llegado a ser la Tierra. Todo esto milita a favor de lo que podríamos llamar un «Sistema Sanitario Mundial» (*Global Health System*).

La OMS y el BM son los organismos multilaterales que más peso han tenido en el gobierno de la Salud Internacional. Desde su creación, ninguno de los dos ha dejado de evolucionar. En esto están de acuerdo hasta sus detractores más acérrimos.

El BM ha pasado de ser el organismo concebido para reconstruir Europa (tras la Segunda Guerra Mundial) a tener como misión institucional la *lucha contra la pobreza*. Hoy es la segunda fuente de financiación multilateral, después del Fondo Mundial, para la ayuda al desarrollo destinada a mejorar las condiciones de salud de los individuos más pobres y vulnerables, y su asesoramiento técnico es apreciado por los gobiernos. La idea de que el crecimiento económico y una buena salud son las piezas centrales de un círculo virtuoso que hace que las naciones prosperen inspira sus actuaciones y, por lo tanto, determina las condiciones que van unidas a los créditos que concede a los países en desarrollo. Otra consideración merecen los resultados que a veces se han logrado con algunos instrumentos financieros de los que se ha valido la institución, como sucedió, por ejemplo, con los Planes de Ajuste Estructural en los años 80.

La OMS nació en 1948 con un mandato mucho más claro: ser *la autoridad de Salud Pública de Naciones Unidas*, pero a lo largo de su historia ha ido perdiendo foco y liderazgo. Su labor y sus logros son reconocidos, y su asesoramiento técnico respetado. Pero pocos

tienen una idea clara de cuáles son actualmente sus prioridades. Conscientes de que una institución como ésta tiene que ser un elemento clave en el gobierno de la Salud Internacional, especialmente sus últimas directoras, las doctoras Brundtland y Chan, han intentado fortalecerla y reubicarla en el lugar que siempre ha debido ocupar.

En los últimos lustros, al juego geopolítico que tradicionalmente ha condicionado la ayuda al desarrollo —y que tanto daño infligió a la OMS en los años 70— se han sumado la globalización y otros elementos que han favorecido la aparición de nuevos y variados actores en el escenario de la cooperación internacional. Algunos, por ejemplo, los BRICS, especialmente China, están desplazando el centro de gravedad de las relaciones internacionales a través de lo que se conoce como la «cooperación Sur-Sur». Mientras que otros, como es el caso de la Fundación Gates o las alianzas público-privadas, han inaugurado una forma diferente de abordar los problemas a los que se enfrenta la Salud Internacional, lo que ha servido de tónico contra la fatiga que empezaban a mostrar los donantes tradicionales por falta de resultados.

Las cifras disponibles nos muestran que los fondos dedicados a la ayuda al desarrollo destinada a la Sanidad han experimentado un extraordinario crecimiento a partir del año 2000. Este aumento se ha debido —en gran medida— a la aparición de nuevos agentes e instrumentos financieros que felizmente han promovido, por un lado, la cultura de la rendición de cuentas y la mensura de los resultados y, por otro, unas estrategias y alianzas hasta ahora inéditas. Incluso se han podido marcar metas, por ejemplo, los *Objetivos del Milenio* (ODM) que han sido aceptadas y sentidas por todas las partes. Su adopción no solo ha servido de guía para organizar el trabajo en el dominio de la

Salud Internacional, sino también para hacer patente el endeudamiento que paralizaba a muchos de los países más pobres; lo que llevó al FMI y al BM —con el apoyo de las naciones donantes— a elaborar un plan para la condonación de sus préstamos.

La tasa de pobreza en África subsahariana, medida como la proporción de la población que vive con menos de 1,25 dólares por día, se redujo al 48,5% entre 2000 y 2010, después de haber trepado hasta el 58% en el período 1990-1999. A escala mundial, se ha avanzado sustancialmente en la reducción de la mortalidad de niños menores de 5 años; entre 2000 y 2011 disminuyó a un ritmo del 3,2% anual, frente al 1,8% anual registrado a lo largo de la década de 1990. Lo mismo puede decirse de las muertes provocadas por enfermedades como la malaria que, merced a la distribución masiva de mosquiteras, empezaron a disminuir en el último lustro del siglo pasado. O de la proporción de partos atendidos por personal sanitario —actuación que es necesaria para reducir la mortalidad perinatal, neonatal y materna— que superó el 90% en tres de las seis Regiones de la OMS durante el período 2005-2012, aunque en la Región de África la cobertura todavía no alcanza al 50% de las parturientas.

Ignorar o minusvalorar estos y otros logros sería parcial, interesado y tremendamente desalentador. Sin embargo, vamos a arribar al año 2015 con la columna del «debe» repleta de cosas por hacer. Baste recordar que los 30 países que constituyen la OCDE, que suman menos del 20% de la población del planeta, siguen dando cuenta del 90% del gasto mundial en Sanidad^A.

Todas estas cifras —y otras muchas que podrían anotarse— epitoman la urgencia de seguir actuando, pero

^A World Health Organization. World health statistics, 2007. Ginebra: World Health Organization; 2007, p. 19 (disponible en: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf).

también la exigencia de que cada euro donado tiene que revertir de forma efectiva en el bienestar de sus legítimos destinatarios y no quedar perdido en el camino.

Pero, en esta segunda década del siglo XXI, la coyuntura macroeconómica y un contexto internacional adverso están haciendo que España, al igual que otros países de su entorno, viva una situación paradójica. Así, mientras destina fondos para la cooperación internacional, tiene que acudir a los mercados internacionales en busca de financiación para atender las rúbricas de su gasto público.

El retorno de España a una situación que parecía ya superada, la de no ser capaz de atender con sus ingresos fiscales las partidas de sus presupuestos públicos, no la exime de sus responsabilidades con otras comunidades. Dejando aparte las obligaciones que emanan de la posición que ocupa —y pretende seguir ocupando— en el concierto de naciones, la cooperación para el desarrollo sigue constituyendo un imperativo moral.

Hemos sido testigos de lo que se puede lograr cuando los objetivos se definen con claridad y la comunidad internacional se alinea para conseguirlos. Por lo tanto, tendremos que aspirar a algo más que a mantener lo logrado.

01 Antecedentes históricos de los Organismo Internacionales y de la ayuda al desarrollo en el sector de la Sanidad

Antes de la llegada del siglo XX, los problemas sanitarios del mundo industrializado eran muy diferentes e independientes de los que podían encontrarse en los territorios colonizados; en muchos aspectos «occidente» y el «resto» estaban justo empezando a contactar. Sin embargo, durante el siglo pasado todo creció de manera entrelazada por la transformación de los imperios, las gigantescas migraciones, los cambios que acompañaron al capitalismo, las revoluciones en las comunicaciones, las guerras mundiales y la globalización de la política.

Roy Porter, *The Greatest Benefit to Mankind*, 1998¹.

A Quizá la expresión «Salud Mundial» sea la traducción más correcta al español de la inglesa *Global Health*; sin embargo, vamos a usar en este escrito «Salud Internacional» por ser la más difundida. La «Salud Internacional», de acuerdo con J. Y. Kim y P. Farmer, no es exactamente una disciplina, sino más bien el conjunto de problemas sanitarios que se evidencian cuando se aplica la medicina basada en evidencias a entornos de enorme pobreza o al ámbito internacional²

LAS PRIMERAS INICIATIVAS que podrían encuadrarse dentro de lo que actualmente denominamos Salud Internacional^A (SI) se remontan a los umbrales del siglo XIX, cuando todavía se creía que las enfermedades epidémicas eran el resultado de la acción de «miasmas». Y respondían, sobre todo, a la alarma que producía entre los europeos la propagación de pandemias «exóticas», no solo en el Viejo Continente, sino en las plantaciones o minas de ultramar, por el enorme daño que producían al comercio internacional. Baste recordar los brotes de cólera y viruela (1830-1890) o peste (1890-1900) que azotaron Europa.

Pero también la SI ha sido influenciada por viejas reflexiones encaminadas a dirimir bajo qué condiciones deben cooperar los pueblos o, más modernamente, las naciones o estados; o qué hacer ante problemas tan universales como el pauperismo y la enfermedad. Si hacemos el esfuerzo de situarnos en la mentalidad que preside cada etapa de la Historia, entenderemos mejor el alegato del dramaturgo Terencio (?-159 a.C.) contra la indiferencia ante el dolor del prójimo: «Hombre soy, nada de lo humano me es ajeno». O identificamos en el Renacimiento europeo a los pensadores que promovieron el humanismo y, por lo tanto, pusieron la primera piedra de los cimientos que justifican las intervenciones de la cooperación internacional. Esto nos permite citar —solo a modo de ejemplo— el *Lamento de la paz* (1517) de Erasmo (1466-1536), el *Discurso de Europa* (1543) del humanista y médico segoviano Andrés Laguna (1499-1559), que exhortaban a la concordia y la cooperación entre los reinos y las gentes de la vieja Europa; el *ius gentium* desarrollando por juristas como Francisco de Vitoria (1483-1546); políticas pioneras como las recogidas en las Leyes de Burgos (1512-1513), aunque su aplicación resultara un fracaso; el texto del valenciano Juan Luis Vives (1492-1540), *Tratado del socorro de los pobres* (1525), donde se exponía un plan para el alivio de la miseria en la ciudad de Brujas. O, cuando se apagaba el Siglo de la Luzes, el opúsculo político *Sobre la paz perpetua* (1795) de Immanuel Kant (1724-1804), en el que se apuntaba la necesidad de encontrar fórmulas jurídicas, no morales, que asegurasen las relaciones pacíficas entre los pueblos. O, ya en el siglo XIX, las *Memorias sobre el pauperismo* (1835 y 1837) de Alexis de Tocqueville (1805-1859), cuya mención solo pretende recordar lo mucho y variado que se escribió y denunció entonces sobre la desigualdad entre los hombres.

La primera gran iniciativa de «Salud Internacional», la *Real Expedición Filantrópica de la Vacuna* (1803-1810), hay que verla como una prueba de la madurez alcanzada por los pensadores del siglo XVIII sobre los derechos a los que debían aspirar los nuevos *citoyens* y de los efectos que tuvieron la Independencia de los 13 Estados de América del Norte y la Revolución Francesa, a lo que también se sumaron ciertos avances de la medicina. Aquella fue preparada por su director, el médico alicantino Francisco Javier de Balmis (1753-1819) y sufragada por la Corona de España. Además cumplió con los tres principios básicos que debe animar cualquier intervención en el campo de la Salud Internacional; a saber, *a)* englobar una amplia extensión geográfica, *b)* indagar sobre los hechos en el terreno (y documentarlos) y *c)* transmitir los conocimientos allí donde se actúa.

1. Del aislamiento del *Ancien Régime* a la globalización

El siglo XIX se caracterizó, entre otras cosas, por una profunda transformación en la forma de ejercer el poder político; los estados empezaron a abrirse y a explorar las ventajas que reporta la colaboración, lo que supuso la aparición de proyectos de alcance internacional, que propiciaron la creación de las primeras entidades de Derecho Internacional Público, precursoras de los actuales Organismos Internacionales.

En el campo de la Sanidad, auspiciadas por Francia entre 1851 y 1938, tuvieron lugar 14 Conferencias Sanitarias Internacionales (International Sanitary Conferences, ISC), que constituyeron el primer paso en la historia de la internacionalización de la Salud Pública. Antes de la primera ISC, el control de las enfermedades no era un asunto que ocupara a la diplomacia internacional. Sin embargo, a medida que el volumen y la velocidad del comercio internacional aumentaba, los costes que gravaban las mercancías por causa de las cuarentenas empezaron a ser motivo de fricción entre las grandes potencias. Por lo que dichas Conferencias y los tratados que se derivaron de ellas hicieron de las enfermedades infecciosas —sobre todo el cólera, la peste y la fiebre amarilla— un asunto a tener presente en las relaciones internacionales. Así, comenzó lo que Fidle ha denominado la *Microbialpolitik*². Precisamente, en la primera Conferencia Sanitaria Internacional (1851) fue la delegación española la que presentó una propuesta para la creación de un organismo internacional que resolviera las disputas entre países por causa

de las cuarentenas³. Las enfermedades infecciosas con potencial para producir epidemias tenían entonces tanta relevancia que la literatura anglosajona suele jalonar el comienzo de la Salud Pública moderna en 1854, año en el que doctor John Snow (1813-1858) atajó en el Soho londinense la epidemia que sufría por ese padecimiento diarreico⁴.

Pero demos un pequeño salto en el tiempo y situémonos en el 28 de junio de 1919, el día de la firma del Tratado de Versalles, donde se contempló la creación del organismo precursor de Naciones Unidas, la Sociedad de Naciones (SDN). Ésta celebró, el 15 de noviembre de 1920, su primera Asamblea en la ciudad de Ginebra con la participación de 42 Estados Miembros, entre ellos, España. Desde el primer momento se establecieron tres lenguas oficiales, inglés, francés y español.

En muchos aspectos, este organismo de nueva planta supuso un cambio de mentalidad, que significó recursos para desarrollar programas de SI. De hecho, el artículo 23 de su Carta fundacional señalaba que «los Estados Miembros se esforzarían en tomar medidas de orden internacional para prevenir y combatir las enfermedades». Y así fue. En 1920 se constituyó la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones (Health Organization of the League of Nations, HOLN), su sede se estableció en Ginebra en 1924⁵ y sus actividades se centraron, al comienzo, en aliviar las epidemias propias de la posguerra en el Este de Europa⁶. Pero todas sus buenas intenciones y acciones se fueron a pique el primero de septiembre de 1939, día en el que la Alemania Nazi invadió Polonia. Al acabar la Segunda Guerra Mundial, la HOLN se transformaría, en 1946, en la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷.

El cuadro no quedaría completo si no se añade que instituciones como la Fundación Rockefeller, que en el año de su constitución (1913) destinó 25.000 dólares a la creación de su International Health Commission (más tarde rebautizada como International Health Board), y la American Red Cross (fundada en 1881) ejercieron una estimable influencia, no solo en la propia HOLN, sino también en el nuevo rumbo que fueron tomando los asuntos sanitarios que despertaban interés internacional⁸.

Estas escuetas notas sobre las organizaciones dedicadas a la SI en la primera mitad del siglo XX, nos muestran que estuvieron más orientadas a proteger a los estados de amenazas ex-

ternas, las epidemias, que a mejorar el estado de salud de los individuos⁹, era la mentalidad de la época, y quedarían muy incompletas si no se mencionan, al menos, otros dos organismos sanitarios creados al comienzo del siglo pasado. El Pan American Sanitary Bureau y la Office International d'Hygiène Publique. Aquel, con sede en Washington, DC, puede considerarse la primera organización fundada explícitamente para abordar problemas sanitarios internacionales. Fue creada en 1902 por recomendación de la II Conferencia Internacional de Estados Americanos celebrada en México en ese mismo año¹⁰. En 1947 se transformó en la Oficina regional de la OMS para América y en 1958 pasó a denominarse Organización Panamericana de la Salud (OPS), en inglés Pan American Health Organization (PAHO), que es como se la conoce actualmente¹¹. La segunda institución nació a partir de los acuerdos del Tratado de Roma rubricado en 1907 y durante varios años estuvo dominada por la diplomacia francesa. Su principal cometido fue el control de los puertos marítimos para prevenir las epidemias de cólera y peste. Sus efectivos se integraron en la OMS en 1947.

De igual forma que el final de la Gran Guerra, como acabamos de ver, fue el origen de ciertas instituciones, la finalización de la Segunda Guerra Mundial también fue la semilla de otras. En ambos casos se alumbraron como conjuro contra la barbarie y, con mejor o peor fortuna, persiguieron el diálogo y el entendimiento entre las naciones.

Lo que se conoce como el «Acuerdo de Bretton Woods» (Nueva Hampshire, EEUU) no es otra cosa que las resoluciones a las que llegó la *United Nations Monetary and Financial Conference* (*Conferencia Monetaria y Financiera de las Naciones Unidas*), que se celebró en esa ciudad de Nueva Inglaterra entre el 1 y el 22 de julio de 1944. Allí se establecieron nuevas reglas para el comercio y las finanzas internacionales, y se acordó la creación del Banco Mundial (The World Bank) y el Fondo Monetario Internacional (The International Monetary Fund, IMF), las *hermanas de Bretton Woods* (o de la *Nineteen Street*).

El Acuerdo de Bretton Woods contemplaba también una tercera organización, una Organización Mundial de Comercio, que rigiera las relaciones comerciales internacionales y evitara el abuso de los costes arancelarios como fórmula para proteger —a expensas de los otros países— el propio mercado nacional. Así, se podría prevenir una nueva Depresión, al tiempo que se

promovía el libre intercambio de bienes y servicios. Aunque con el *Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio* (*General Agreement on Tariffs and Trade*, GATT) se lograron en parte estos fines, hubo que esperar a 1995 para ver nacer la Organización Mundial de Comercio (World Trade Organization, WTO). Como es sabido, ésta es diferente de las instituciones *hermanas*. Pues, más que establecer reglas, propicia un foro para las negociaciones y supervisa el correcto cumplimiento de los acuerdos.

Con el creación de las instituciones *hermanas* se pretendió poner fin a las «agresivas formas de nacionalismo económico»¹² y de proteccionismo que habían caracterizado el período comprendido entre 1914 y 1945. Se iba en pos de un nuevo orden mundial, que solo se conseguiría a través de una política librecombista y el establecimiento de unas relaciones exteriores mucho más abiertas y fluidas que, a la postre, habrían de flexibilizar las aduanas y el comercio. Pero, otra vez, las buenas intenciones se vieron aguadas, en este caso, por la «Guerra Fría» (1945-1991). Pese a ello, y al hecho de que el concepto de estado y soberanía nacional no ha aflojado, se ha ido tejiendo una red de interdependencia entre naciones que ha dado un importante giro a las relaciones internacionales. Esto ha supuesto la globalización de la producción de bienes y servicios, una circulación de personas como nunca antes se había visto y un cambio en ciertas ideologías políticas y económicas que parecían sólidas como piedras. Sin embargo, esto no ha sido óbice para que aún existan caudillos empeñados en que su nación sea una rara pieza de museo.

Sin duda, a lo largo de los últimos 65 años, ciertas organizaciones internacionales (Naciones Unidas, Banco Mundial, Unión Europea, etcétera), las grandes compañías multinacionales, las empresas multimedia, la Internet y el transporte moderno han contribuido sobremanera a globalizar el mundo. Fenómeno al que no ha sido en absoluto ajeno la Sanidad. Así, la OMS y, luego, el Banco Mundial —con sus programas de préstamos, donaciones y asistencia técnica— empezaron a despertar en las naciones la conciencia de interdependencia y cooperación frente a los grandes problemas médicos que siempre han amenazado a los humanos. Esto ha hecho que los conceptos de Solidaridad Internacional o Salud Internacional sean mayoritariamente compartidos por la sociedad actual. Ahí están, por ejemplo, los llamados *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (*Millennium Development Goals*)¹³ ratificados en el United Nation Millennium Summit celebrado el año 2000.

Por otro lado, todos los elementos que favorecen la globalización como las tecnologías de la información y la comunicación, el comercio internacional, la libre circulación de personas, mercancías y capital, las organizaciones supranacionales o la ayuda al desarrollo suponen, sin duda, un importante límite al control del estado dentro de su propio territorio. Esto hace que en las agendas políticas cada vez tengan más fuerza los asuntos globales frente a los bilaterales o locales.

2. La salud y sus determinantes

Hoy el derecho a la salud se admite internacionalmente como un *derecho humano* más y está recogido en numerosos tratados de ámbito universal y regional^B, sin olvidar lo que las leyes de cada país puedan señalar al respecto. En esta línea se manifiesta la *Constitución* de la Organización Mundial de la Salud, que declara en su Preámbulo —quizá con cierta intemperancia— que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», o que «el goce del grado máximo de salud... es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano...». A la vez que advierte —esta vez con más templanza— que «la desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y al control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común»^C.

Sin embargo, como suele ocurrir con este tipo de declaraciones visionarias aceptadas por todos, paradójicamente, no se acompañan ni del compromiso necesario ni de los recursos suficientes para hacerlas efectivas. Por lo que en gran medida pueden considerarse papel mojado todos los tratados, pactos y cartas sobre esta materia, al igual que sucede con otros tantos *derechos* básicos (vivienda, vestido, educación, administración de la justicia, etcétera).

Pese a ello, el concepto de *derecho* a la salud no ha dejado de evolucionar, por lo que han entrado a formar parte de él otros elementos que llamamos *factores determinantes de la salud*. Así, por ejemplo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) que supervisa la aplicación del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, con el objeto de proteger en toda su amplitud ese

^B Entre los primeros pueden citarse: el «Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales» (1966, Art. 12), la «Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer», (1979, Art. 12) o la «Convención sobre los Derechos del Niño» (1989, Art. 24). Y, entre los de ámbito regional, la «Carta Social Europea» (1961), la «Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos» (1981) o el «Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales» (1988) (véase: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>).

^C La *Constitución* fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. WHO, 2, 100), y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26.^a, la 29.^a, la 39.^a y la 51.^a Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente. Extracto del texto reformado de la *Constitución*, disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

derecho, hizo las siguientes precisiones en su Observación General del año 2000:

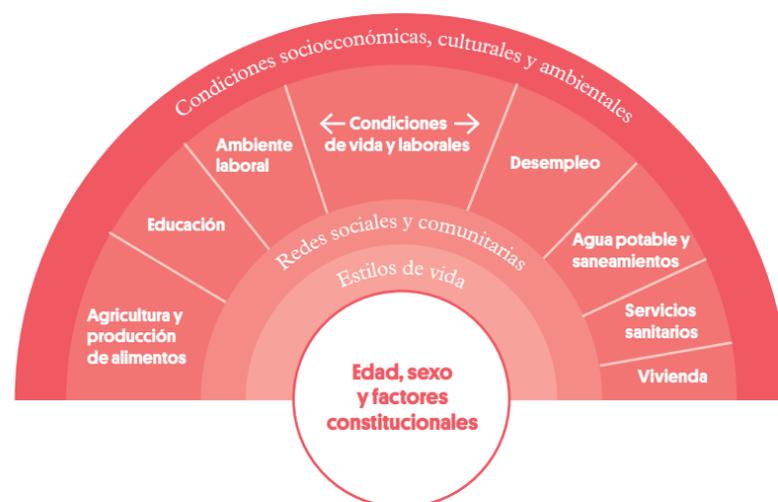
«El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales *factores determinantes de la salud*, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva»¹⁴ [la cursiva no está en el texto original; este autor lamenta la farragosa redacción del texto, algo que no es infrecuente en los organismos multilaterales].

Hoy sabemos que existe una importante relación causal entre desarrollo económico y salud. Identificar y promover los factores determinantes que en última instancia contribuyen a su promoción es la forma más racional y eficiente de cosechar resultados a largo plazo. Por suerte, al inicio de la década de los años 70 del siglo pasado, Marc Lalonde, titular del ministerio de Sanidad y Bienestar de Canadá, identificó en un escueto informe (*A new perspective on Health of the Canadians*)¹⁵ los *factores determinantes de la salud*, que trascienden el (limitado) papel que juegan los sistemas sanitarios en la calidad de la salud de las poblaciones. Identificó cuatro grandes determinantes: medio ambiente, estilos de vida, biología humana y sistemas sanitarios. Y, además, llamó la atención sobre la escasa financiación que recibían los determinantes que no estaban relacionados con la atención médica, aunque tenían una gran influencia en el estado de salud de la población. En el Prefacio (p. 5) de su informe podía leerse esto:

«El sistema sanitario, sin embargo, es sólo una de las muchas formas de mantener y mejorar la salud. De igual o mayor importancia en el aumento del número de días libres de enfermedad en la vida de los canadienses ha sido la elevación de su nivel de vida general, las importantes medidas sanitarias para proteger la salud pública y los avances en la ciencia médica. Al mismo tiempo... siniestras contrafuerzas han estado operando para deshacer la mejora del estado de salud de los canadienses. Esas contrafuerzas constituyen el lado oscuro del progreso económico e incluyen la contaminación del medio ambiente, la vida urbana, la inactividad física, el abuso del alcohol, el tabaco y las drogas, y los patrones de alimentación que anteponen el placer de los sentidos a las necesidades del cuerpo humano».

Durante el último tercio del siglo XX y principios del XXI, esta concepción ha dado origen a diversos enfoques o marcos teóricos que valorizaban los programas de Salud Pública y la mejora de las condiciones de vida de la población. De forma paralela, e incorporando los acuerdos alcanzados en 1978 en la Conferencia de Alma-Ata sobre la Atención Primaria, la *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud* de 1986 declaraba que cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en un conjunto de «prerrequisitos para la salud como la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, la estabilidad del ecosistema, la justicia social y la equidad»¹⁶. La *Carta* supuso un importante apoyo a un marco teórico que ha evolucionado desde los *factores determinantes de la salud* a los llamados *determinantes sociales de la salud* (DSS), y tuvo su continuidad, entre otras, en la *Declaración de Yakarta* de 1997 y la *Carta de Bangkok* de 2005. Sin que se olvide que ya en 1992 Dahlgren y Whitehead habían publicado un documento¹⁷, auspiciado también por la OMS, en el que se avanzó en la identificación y análisis de los DSS, pues incluía factores socioeconómicos, culturales y ambientales (figura-1), que también contribuyen a la inequidad en el ámbito de la salud.

Figura 1
Representación
esquemática de
los Determinantes
de la Salud



Fuente Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office; 1992.

Aunque sobre este tema ha habido multitud de reuniones y conferencias y existe una notable número de trabajos, muchos de ellos de gran interés, solo vamos a añadir que en 2005 la OMS puso en marcha una *Comisión sobre los determinantes sociales de*

la salud (CDSS) con el mandato de reunir datos y proponer —apoyándose en argumentos científicos— posibles medidas e intervenciones para mejorar la equidad; además de promover un movimiento internacional en pos de tal mejora. En agosto de 2008, la CDSS publicó su informe final (*Subsanar las desigualdades en una generación*)¹⁸. En su presentación, la Directora General de la OMS, Margaret Chan, hizo la siguiente reflexión:

«[Este informe] pone fin al debate de forma contundente. La atención sanitaria es un determinante importante de la salud. Los distintos modos de vida son también determinantes importantes de la salud. Sin embargo... son los factores del entorno social los que determinan el acceso a los servicios de salud e influyen en la elección del modo de vida»¹⁹.

Los factores determinantes nos han permitido descubrir que, junto a los efectos terapéuticos casi inmediatos de muchos medicamentos o intervenciones quirúrgicas, el acceso al agua potable, la mejora de las condiciones de trabajo, los hábitos alimentarios, el respeto al medio ambiente o el ejercicio físico mantenido, tienen —a la larga— una sustancial influencia sobre la salud y, por ende, en el bienestar de los ciudadanos.

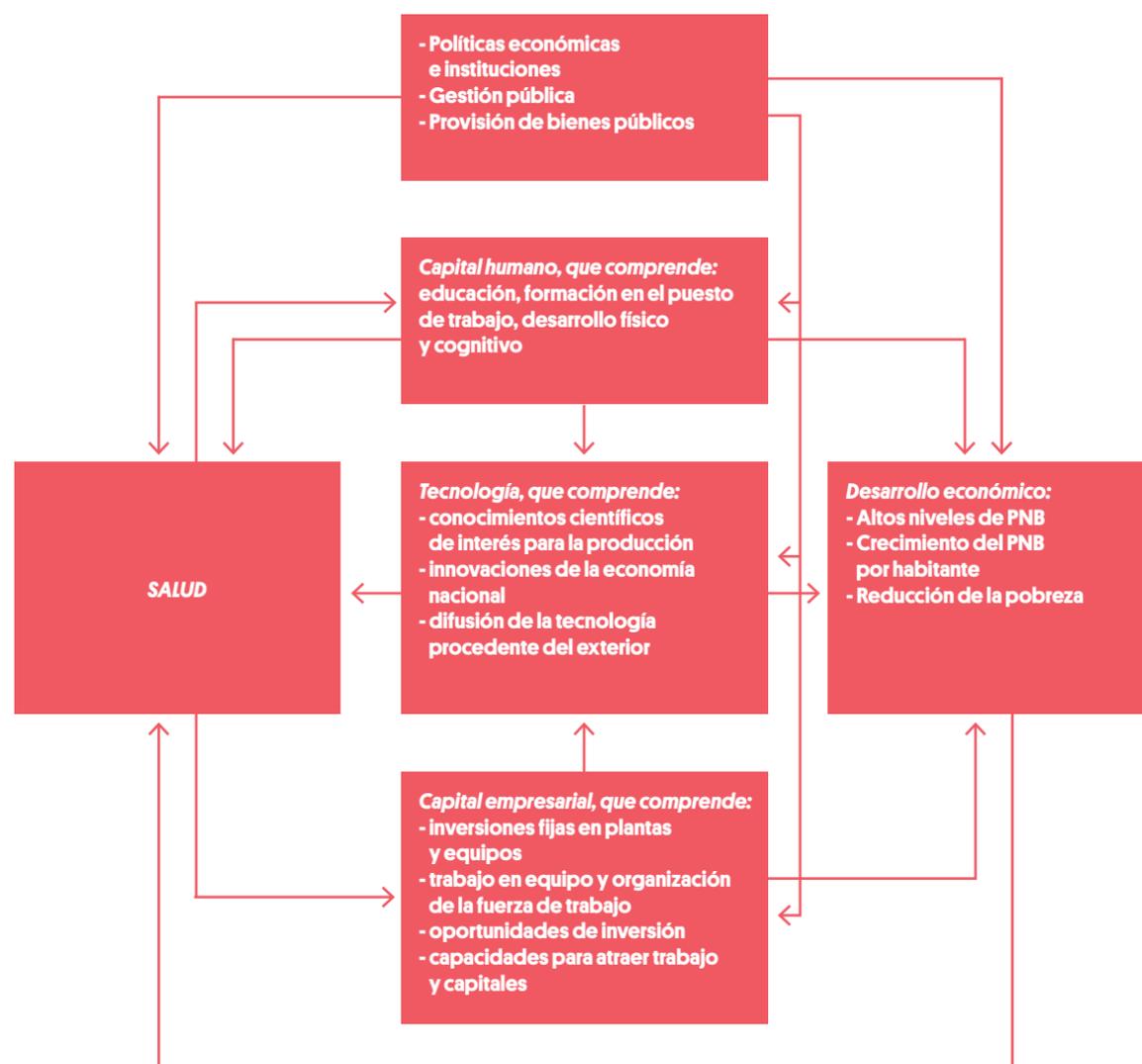
3. La salud como motor del crecimiento económico. La desigualdad

Las consecuencias de la muerte prematura y de la incapacidad que provocan muchas enfermedades prevenibles se puede medir y seguir mediante indicadores como los «Años de vida ajustados por discapacidad» (AVAD-DALY). Aunque dichas consecuencias son relevantes en términos de bienestar para los individuos y sus familias, también producen distorsiones en la economía de los países por cuanto afectan a un factor de producción tan crítico como el capital humano.

El modelo unidireccional —vigente hasta hace relativamente poco— con el que se explicaba la relación salud-desarrollo consideraba el progreso económico de un país como precondition para lograr ciertos niveles de salud para su población. Sin embargo, lo contrario también es cierto. Los «despegues» económicos más espectaculares de la historia como han sido el rápido crecimiento que experimentó Gran Bretaña durante la Revolución Industrial, el acelerado progreso de Japón a principios del siglo pasado o el resurgimiento de las economías del sur de Europa en las décadas que siguieron a la Segunda Guerra

Mundial, estuvieron favorecidos de forma significativa por tres circunstancias: mejoras en la Salud Pública, una eficaz lucha contra las enfermedades y una alimentación más cuidada. Esto es lo que han puesto de manifiesto, sobre todo, los trabajos del

Figura 2
La salud como factor del desarrollo económico



Fuente Comisión sobre Macroeconomía y Salud, OMS, 202, p. 29.

premio Nobel Robert W. Fogel (1926-2013), que han esclarecido esta influencia, al relacionar en sus análisis el tamaño corporal, la alimentación y el desarrollo económico.

Con el objeto de estudiar mejor estas vinculaciones, la OMS creó en 1999 la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS), presidida por Jeffrey Sachs, que publicó su informe en noviembre de 2001²⁰ (véase figura-2). Éste volvió a poner de relieve la nefasta influencia que ejerce sobre el desarrollo económico de los países la mala salud de la población. En ese análisis podía leerse lo siguiente:

«Considerados en conjunto, los costos económicos de las enfermedades evitables son asombrosamente altos. La enfermedad reduce los ingresos anuales de la sociedad, los ingresos de los individuos a lo largo de la vida y las perspectivas de crecimiento económico. Las pérdidas representan decenas de puntos porcentuales del producto nacional bruto de los países más pobres cada año, que se traducen en cientos de miles de millones de dólares»²¹.

El informe, al que no le han faltado críticos, puso, por ejemplo, de relieve que una estimación estadística típica muestra que cada 10% de mejora en la esperanza de vida al nacer (EVN) se traduce, como mínimo, en un crecimiento económico anual que se sitúa entre el 0,3% y el 0,4%, siempre que se mantengan constantes los demás factores de crecimiento. Por lo tanto, si comparamos el crecimiento económico anual atribuible a la EVN de un país desarrollado representativo (EVN=77 años) con otro menos desarrollado (EVM=49 años) se halla una diferencia en el crecimiento económico que ronda el 1,6% anual; valor que se acumula hasta producir enormes desigualdades con el paso del tiempo²². Ya investigaciones previas como la realizada por Shepard y cols.²³ (1991) habían estimado, por ejemplo, que la elevada prevalencia del paludismo en África había mermado en 1987 su PIB en un 0,6%.

El economista inglés Angus Maddison (1926-2010) preparó a lo largo de su dilatada vida académica las estimaciones más fiables del mundo sobre población y PIB. De acuerdo con ellas, África comenzó la Edad Moderna en 1820 con aproximadamente un tercio del nivel de ingresos de la región entonces más rica, Europa occidental. Pero en 1998 sus ingresos representaban una vigésima parte de los de la región más rica, a la que Maddison denominaba los *Western Offshoots*, es decir, EEUU, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Por supuesto, tales comparaciones

son solo una aproximación grosera, sin embargo, nos muestran de forma dramática la difícil situación en la que se halla África²⁴.

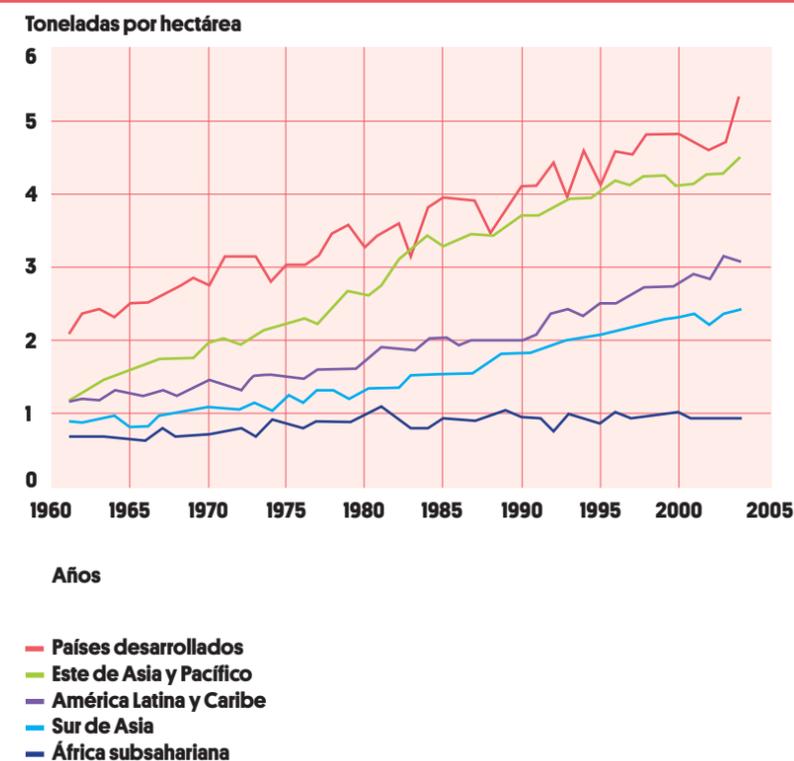
Entre las cuestiones más nucleares que tienen que resolver las investigaciones sobre el desarrollo económico está la de esclarecer a qué se deben estas diferencias regionales y averiguar qué medidas pueden estimular un crecimiento económico más rápido en los países menos desarrollados. En otras palabras, hay que develar por qué entre 1820 y 1998, el último tramo de la historia estudiado por Maddison, la renta *per cápita* en África se ha multiplicado sólo por 3,5, mientras que en Estados Unidos se ha incrementado en 20 veces.

No hay una explicación canónica acerca de la desigualdad que existe en el mundo. Los que reconocemos como expertos señalan distintas razones que abarcan desde la hipótesis geográfica, apuntada ya por el filósofo francés Montesquieu (1689-1755) en su influyente obra *De l'esprit des lois* (1748), donde advirtió la concentración geográfica de la riqueza y la pobreza, y que siguen patrocinando autores como el economista Jeffrey Sachs²⁵ o, con argumentos más sólidos, el ecólogo y biólogo Jared Diamond²⁶. Hasta la hipótesis cultural que encuentra sus raíces en la idea de Max Weber de que la ética protestante facilitó el desarrollo de la sociedad industrial moderna y que expuso en su ensayo *La ética protestante y el «espíritu» del capitalismo* (1904-1905). Pasando por la hipótesis de que la desigualdad en el mundo se debe, sobre todo, al hecho de que algunas sociedades están organizadas de forma ineficiente, son socialmente inestables y las gobiernan «élites extractivas», que es lo que defienden Daron Acemoglu y James A. Robinson²⁷. Sin dejar en el olvido la que se conoce como «Teoría Unificada del Crecimiento», con la que sus autores, Oded Galor²⁸ y Quamrul Ashra, tratan de explicar el desarrollo económico desde la perspectiva de la diversidad genética.

Sea lo que fuere, un continente como África, máximo exponente de la distopia que supone la pobreza y la desigualdad, no solo ha de salir de la trampa que constituye la mala salud de su población y sus tristes parámetros sanitarios como, por ejemplo, su esperanza de vida, que es casi de 35 años menos que la registrada en los países de renta alta. Sino que tiene que encontrar la forma de dotarse, ¡ahí es nada!, de gobiernos decididamente inclusivos que permitan mejorar las infraestructuras de comunicación y transporte (para acceder a los mercados mundiales),

el acceso al agua potable o el rendimiento agrícola, que es el más bajo del mundo en producción de cereales y no ha variado en los últimos 50 años (véase figura-3), por citar solo algunos temas inaplazables.

Figura 3
Producción de cereales
en África subsahariana
y otras regiones entre
1960 y 2005



Fuente World Bank. World development report 2008. Agriculture for Development. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2007, p. 15.

En fin, invertir en salud y en sus determinantes proporciona mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida y bienestar medioambiental y social. Incluso el fortalecimiento de los sistemas sanitarios se convierte en un motor del desarrollo económico. En el Prefacio de uno de los últimos libros (*The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100*) de Fogel, donde exponía su original concepto de «evolución tecnofisiológica» (*technophysio evolution*), con el que describe la sinergia que existe entre el cambio tecnológico y la mejora de la fisiología humana, puede leerse la siguiente reflexión:

«La porción que supone la Sanidad dentro del gasto público ha aumentado no solo en las naciones ricas, sino también en las pobres. Este incremento ha creado alarma entre los administradores públi-

cos y algunos académicos. Pero dicha alarma no tiene justificación, porque el aumento del consumo en Sanidad está producido por una demanda de los ciudadanos... [L]a Sanidad es una industria en crecimiento del siglo XXI. Y promoverá el desarrollo económico a través de la demanda de productos de alta tecnología, personal cualificado y nuevas tecnologías, al igual que la electrificación espoleó el crecimiento económico durante la primera mitad del siglo XX. Para lograr este potencial será, sin embargo, necesario reformar algunos aspectos de la financiación de la Sanidad que no se ajustan bien a las necesidades actuales»²⁹.

4. Salud, globalización y relaciones internacionales

Hemos visto como hasta recientemente las enfermedades contagiosas eran percibidas sobre todo como una amenaza para el comercio, lo que hizo que se pusiesen en marcha las primeras actividades de SI. Sin embargo, hoy la enfermedad la consideramos una amenaza para la salud y el progreso, un riesgo para todas las comunidades que integramos ese todo interdependiente, globalizado, que ha llegado a ser nuestro planeta.

Se sabe que muchas de las más grandes y devastadoras epidemias han tenido —desde antiguo— una marcada influencia en la economía, la sociedad, la política e, incluso, en el resultado de las batallas y el curso que ha tomado la historia. Baste con recordar como ejemplos conocidos por todos la epidemia de tifus que acompañó a la Guerra del Peloponeso (431-404 a.C.) y a las tropas alemanas en el Frente Oriental durante la Segunda Guerra Mundial; la peste que, procedente de China, asoló Europa en el siglo XIV y significó el principio del fin de la segunda servidumbre; la viruela que viajó a América con los primeros colonizadores a principios del siglo XVI y diezmó —de manera tan lamentable como eficaz— gran parte de la población aborigen; la primera pandemia de cólera (1817) producida por la propagación del vibrio desde el subcontinente indio hasta el sur de Rusia, que se siguió de una segunda pandemia, iniciada también en India, y que llegó entre 1829 y 1849 a Europa y América; o, ya en el siglo XX, la gripe española, quizá la pandemia más devastadora de la historia humana, pues solo en un par de años se cobró más de 50 millones de vidas³⁰.

Desde la perspectiva que nos ocupa, el arribo al Nuevo Mundo hay que verlo como un proceso de intercambio entre los europeos y los aborígenes americanos. Los numerosos productos

agrícolas que existían en el continente, el tabaco, el maíz o las patatas, se convirtieron en algo cotidiano en Europa. Mientras que allí llegaron la rueda, el caballo, la caña de azúcar o el cerdo. Esto también supuso, claro está, una importante vía de tránsito para los agentes patógenos y, por ende, para ignotas y mortíferas enfermedades.

Estos fenómenos de intercambio, en el sentido más amplio del término, están también en el origen de las crisis sanitarias internacionales más recientes, como la propagación del HIV/SIDA, el SARS (síndrome respiratorio agudo grave), identificado por primera vez en 2003, o el virus de la gripe A (H1N1) de 2009^D, que han alcanzado proporciones de pandemia y supuesto importantes daños económicos a escala mundial en sectores tan sensibles como el agroalimentario, el transporte de viajeros o el turismo. En las últimas décadas, también como consecuencia de los fenómenos que acompañan a la actual ola de globalización, hemos visto que ciertos microorganismos como el virus del Nilo occidental (Nueva York, 1999), la fiebre hemorrágica viral del Ébola (EEUU, 1989; Rusia, 1996 y 2004) o la fiebre de Lassa (Londres, 2009) han saltado de un continente a otro. Pues una mayor movilidad de personas y mercancías siempre significa movimiento de patógenos, a veces, con consecuencias nefastas.

Llegados a este punto, es oportuno recordar la declaración atribuida^E a William H. Stewart (1921-2008), que fue director general de Sanidad de EEUU entre 1965 y 1969, de que había llegado el momento de «cerrar el capítulo de las enfermedades infecciosas» y prestar atención a los principales problemas sanitarios de los países que habían hecho la «transición epidemiológica». Esta tesis se tradujo en que había que centrarse en las muertes prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiopatías, los padecimientos neurológicos o el cáncer. Sin embargo, el VIH/SIDA, descrito originalmente en 1981, vino por la fuerza de los hechos a demostrar de forma incontestable que el capítulo de las enfermedades infecciosas no estaba en absoluto «cerrado».

La respuesta sin precedentes, aunque tardía, a esta catástrofe hizo que se comprendiera que no solo se estaba frente a una epidemia sin fronteras y un riesgo sanitario global, sino que su propagación ponía en peligro la seguridad mundial y todas las políticas de desarrollo que los países donantes —y las institu-

D Los análisis genéticos han revelado que este patógeno procedía de virus gripales animales y no guarda relación con los virus H1N1 de la gripe estacional que han circulado ampliamente entre los seres humanos desde 1977.

E La autoría de esta afirmación se ha atribuido en multitud de escritos al ya fallecido doctor Stewart, aunque sus biógrafos aseguran que no hay forma de demostrar documentalmente que esas palabras brotaran de su garganta. Sirvanos, sin embargo, para epitomar un punto de vista que influyó, durante los años 70 y parte de los 80, en cómo debían orientarse las intervenciones sanitarias dentro de la ayuda al desarrollo.

ciones multilaterales— habían promovido particularmente en África y Asia. En aquel continente, dicha virosis debilitó aún más los programas de erradicación de la tuberculosis, mientras que el paludismo seguía cobrándose de forma inmisericorde numerosas vidas.

El estallido de esta pandemia, sin duda, cambió muchas cosas. Tal vez, fue el punto de inflexión que determinó el surgimiento de un concepto de «salud global» hasta entonces desconocido. E hizo que se viera la necesidad de innovar las políticas, las estrategias y los mecanismos de financiación, así como de diseñar otro tipo de instituciones. El liderazgo de la OMS palideció al implicarse el Banco Mundial y su poder financiero en la búsqueda de remedios para esta enfermedad, a lo que se unió la creación de entes tan novedosos como el Programa Mixto de la Organización de Naciones Unidas contra VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo Global o la Fundación Gates, y la puesta en marcha de programas bilaterales monográficos como el President's Emergency Plan for AIDS Relief.

Todo esto dio al traste con la vieja mentalidad de que las enfermedades son un problema que tiene que resolverse a nivel nacional. A lo que también contribuyó el hecho de que hoy la medicina —más que nunca— tiene un marcadísimo carácter mundial. Como botón de muestra ahí está la intrincada y globalizada industria del medicamento y la instrumentación médica.

La medicina occidental, la que nació hace 2.500 años en Grecia, buscando respuestas científicas —no metafísicas— al porqué del enfermar, gracias a su rotunda eficacia y a que fue ampliamente difundida por los europeos en sus antiguas colonias, se ha extendido por todo el mundo y constituye un instrumento insustituible para el control de las enfermedades. Prácticamente, en todas las facultades de medicina del mundo se imparten las mismas asignaturas y se usan los mismos textos. Hecho que milita a favor de la idea que estamos transmitiendo a lo largo de este capítulo: la salud de los habitantes de la Tierra se ha convertido en un asunto que concierne, cada vez más, a la comunidad que formamos todos los que la poblamos.

Así, en las últimas décadas, al complejo sistema geopolítico mundial en el que se desenvuelve la cooperación se ha añadido un considerable número de nuevos actores, algunos de los cuales tienen ya una clara capacidad de influencia. Asimismo, han

aparecido nuevos bloques de presión como los BRICS y países que hasta hace poco eran receptores se han convertido en donantes (China, República de Corea).

Pese a todos estos cambios, aún hoy, se puede afirmar que la cooperación para el desarrollo sigue teniendo un importante sesgo según cuál sea el país donante. Pues, en este terreno, más allá de lo anecdótico, el peso de una nación se mide por su presupuesto y los resultados de sus intervenciones. Una parte importante de su prestigio y proyección internacional —o «marca país» como se dice ahora— reside en el esfuerzo que realiza anualmente en este capítulo.

Desde hace algunos años, distintos autores y *think tanks* están trabajando con el concepto de «Poder Inteligente» (*Smart Power*), introducido por Suzanne Nossel³¹ y Joseph Nye³². Con este término quisieron denotar la combinación efectiva y eficiente del «poder hard» (el poder de la coacción) con el «poder soft» (el poder del convencimiento) como fórmula para que las naciones protejan sus intereses internacionales. El Center for Strategic International Studies (CSIC), por ejemplo, entiende el «Poder Inteligente» como la combinación idónea de ambos poderes (el *blando* y el *duro*), lo que permite una mejor vertebración de la diplomacia, la defensa y el desarrollo (las «3Des»), que son los tres instrumentos que utilizan los estados en su acción exterior. De esta manera, se pueden lograr sinergias y maximizar los presupuestos destinados a atender la agenda internacional.

Todo esto ha hecho que la SI haya ido ganado importancia en la relaciones exteriores, ya que los problemas sanitarios —en especial las amenazas de las enfermedades infecciosas— inciden de manera significativa en temas como la³³:

- *Seguridad*. Los expertos han identificado como una seria amenaza para la seguridad nacional e internacional, no solo el bioterrorismo, sino los agentes etiológicos de las enfermedades infecciosas que se están moviendo por el planeta con más libertad que nunca (pesemos, por ejemplo, en el VIH o la detección del virus del Nilo occidental en Nueva York).
- *Ayuda al desarrollo*. El freno que suponen las enfermedades olvidadas^F o ciertas carencias asistenciales para el desarrollo han espoleado nuevos e interesantes análisis sobre la relación que guarda la salud con el crecimiento

^F Las enfermedades olvidadas (dengue, rabia, tracoma, lepra, Chagas, etcétera) afectan a cerca de 1.000 millones de personas y, en particular, a las poblaciones pobres residentes en zonas con clima tropical y subtropical. Más del 70% de los territorios afectados por estas enfermedades tienen economías de ingresos bajos o medios-bajos (www.who.int/features/qa/58/es/index.html).

económico, por lo tanto, no debe sorprender que los *Objetivos del Milenio* den un destacado protagonismo al estado de salud de los individuos.

- *Poder económico*. Las enfermedades que afligen a muchos países en desarrollo constituyen una insoportable carga para todos.
- *Derechos humanos*. Enfermedades prevenibles como la malaria o el acceso al agua potable han despertado un renovado interés por el derecho a la salud y a otros derechos humanos básicos.

Así y todo, la Sanidad, como ha señalado David P. Fidler³³, tiene una característica que la hace única entre los temas de política exterior: su «elasticidad». Dicho con otras palabras, la atención política por los problemas de salud crece con las crisis sanitarias y disminuye cuando desaparecen. Esta elasticidad la hace vulnerable como asunto de política exterior. Pues, por un lado, la naturaleza de las intervenciones internacionales en las crisis sanitarias atrae enormemente el interés de los ciudadanos. Pero, por otro, una vez superado el desastre, nos olvidamos de las necesidades a las que se enfrentan la Salud Pública y los sistemas sanitarios de los países damnificados. De suerte que la lista de prioridades de las agendas de política exterior pasa a ser ocupada por otros temas y preocupaciones también acuciantes (la economía global, la energía, los conflictos armados, etcétera).

De todas estas reflexiones han emergido con fuerza planteamientos como los plasmados en los numerosos documentos sobre «Smart Global Health Policy» y desarrollados bajo los auspicios de la Comisión del CSIS (por ejemplo, véase: www.smartglobalhealth.org/publications). Pues la lucha contra la pobreza y la enfermedad puede rendir muchos beneficios en el terreno de la seguridad y las relaciones internacionales. Así, Lael Brainard y cols. en un ensayo titulado *The Tangled Web: The Poverty-Insecurity Nexus* han escrito lo siguiente:

«La pobreza extrema mina las instituciones de gobierno, agota los recursos, desgasta a los dirigentes y frustra las esperanzas, al fomentar una mezcla muy volátil de angustia e inestabilidad. Los estados pobres, débiles, pueden vivir explosiones de violencia o implosionar hasta el colapso, poniendo en peligro a sus ciudadanos, a los países vecinos y al mundo en su conjunto, ya que los medios de vida quedan arrasados, los inversores huyen y los territorios sin gobierno se convierten en terreno abonado para las amenazas globales como el terrorismo, la trata de personas, la destrucción medioambiental y las enfermedades»³⁴.

Aunque estas explicaciones son acertadas, no aclaran del todo el porqué de la violencia y la debilidad que caracterizan a algunos estados. Al ser también el producto de las rencillas tribales y el fanatismo religioso y nacionalista, que desgraciadamente no se apacigua únicamente con la mejora de las infraestructuras y del rendimiento de las industrias agropecuarias locales. Dicho de otra manera, cuando argumentos como los esgrimidos por Brainard y cols. pretender ser omnicomprensivos tropiezan con el prejuicio moderno de creer que los comportamientos violentos y desestabilizadores del orden establecido solo los provoca la falta de bienestar material.

La conexión entre seguridad, desarrollo económico, alivio de la pobreza y estado de salud de la población adolece de alguna contradicción. Son diversas las experiencias que demuestran que el desarrollo económico, el incremento de las infraestructuras y la intensificación agrícola no siempre contribuyen a un mejor bienestar de la población. *A fortiori*, existe, de hecho, la constancia de que los cambios macroeconómicos no siempre se traducen en beneficios para todos los sectores sociales. Así, algunas políticas como los Programas de Ajuste Estructural⁴ (a los que nos referiremos en los próximos capítulos), quizás muy convincentes desde el punto de vista macroeconómico, tuvieron efectos indeseables para la población, al favorecer una errónea distribución de los recursos que incrementaba la pobreza por debilitamiento de los sistemas sanitario y educativo. También, una cooperación para el desarrollo mal orientada puede crear una excesiva dependencia, alimentar la corrupción³⁵ y, paradójicamente, contribuir a la inseguridad, pues socava la capacidad y autoridad del gobierno anfitrión, que termina siendo percibido por la ciudadanía como un títere de los países o instituciones donantes. O transformarse en un despilfarro merced a la intervención de la burocracia (extractiva) del país receptor.

El inicio de la Salud Internacional lo jalonó la *Real Expedición Filantrópica de la Vacuna* (1803-1810). Y el gobierno de la Salud Internacional la primera Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en 1851 en París, en la que participaron 11 naciones del Viejo Continente (entre ellas España). La Oficina Sanitaria Panamericana, establecida en 1902 gracias a la colaboración de 11 países americanos, fue el primer organismo fundado específicamente para abordar problemas sanitarios internacionales.

Sin embargo, a la OMS le cabe el honor de haber sido la primera institución verdaderamente global.

Se ha necesitado este lapso de tiempo para definir las entidades clínicas y conocer sus causas, y también para justificar —mediante pruebas científicas— la bondad de las medidas que se han ido adoptando en el dominio de la Salud Pública. Sin tener asentados los fundamentos de la nosología, la etiología y las posibles soluciones a los padecimientos, ni se pueden construir modelos sólidos que midan la carga de la enfermedad, ni planificar intervenciones que resulten eficaces.

Los estados y los organismos internacionales (la Sociedad de Naciones, la OMS, el Banco Mundial, la Unicef, etcétera) han promovido la lo largo de los últimos cien años la cooperación y las intervenciones en el ámbito de la SI, valiéndose siempre —aunque en distintas proporciones— de los mismos instrumentos: diálogo, conocimiento técnico y deseo de cooperar. Hoy este quehacer está siendo *aggiornado* por una globalización que desdibuja la tradicional distinción entre asuntos internos y externos, y entre actividades sociales y económicas. La globalización es un proceso que de alguna manera erosiona la soberanía de los estados. Su propia naturaleza hace que las leyes, la política y los mercados se desnacionalicen, al tiempo que favorece la libre circulación de personas y las entrelaza de una forma nunca vista hasta la fecha.

El fenómeno de la globalización surge del encuentro de algo viejo con algo nuevo en las relaciones internacionales. Lo viejo sigue siendo las tradicionales relaciones políticas y económicas entre estados soberanos. Y el elemento nuevo, la extraordinaria profundidad y amplitud de los avances tecnológicos, y la idea de que la interdependencia económica contribuye a mejorar las condiciones de vida de los países y actúa como bálsamo en sus relaciones.

En el dominio de la Salud Internacional también se puede ver entreverado lo viejo con lo nuevo. Lo viejo ya lo conocemos, la acostumbrada colaboración entre los estados en la lucha contra las enfermedades prevenibles. Mientras que lo nuevo emerge del convencimiento de que un país no es capaz de hacer frente por sí mismo a los retos sanitarios a los que nos enfrentamos. Éstos pueden juntarse en tres grandes grupos. En el *primero* residirían la lucha inacabada contra las enfermedades transmi-

bles, la desnutrición, las condiciones de vida insalubres y los problemas asociados a la salud reproductiva. En el *segundo* la creciente carga que suponen las enfermedades no transmisibles (patologías cardionavasculares, EPOC, depresión, diabetes, etcétera) y los factores de riesgo asociados a ellas, sobre todo, el hábito nicotínico, la contaminación y la obesidad. Y en el *tercero* la indemorable necesidad de vigorizar (financiera y técnicamente) los sistemas sanitarios de los países más pobres, que en general son bastante débiles y dependientes, para que dejen de estar al albur de la ayuda externa.

Es posible que todas estas carencias puedan resolverse mejor si se acelera el desarrollo de un «Sistema Sanitario Mundial» (*Global Health System*), en cierto sentido esto fue lo que se pretendió con la creación de la OMS. Sin embargo, aunque disponemos de más y mejores recursos para atender los problemas de salud en las zonas más depauperadas, la falta de coherencia en el interior de las grandes organizaciones públicas y privadas, y de coordinación entre ellas, dificulta la puesta en marcha de sinergias que articulen una respuesta más eficaz en las actuaciones a nivel mundial.

Hoy, además de los ministerios del ramo que existen en cada país, en estas actividades intervienen alrededor de 200 grandes actores multilaterales, intergubernamentales y no gubernamentales (véase figura-2 del capítulo 5^o), a lo que hay que agregar las numerosas compañías y consultoras que operan en el sector. Situación que, sin duda, exige conocer de forma más holística y profunda lo que se está haciendo o se pretende hacer. Por lo tanto, es necesario ir más allá de los cometidos que realizan instituciones como el Global Health Observatory (OMS), pues lo deseable sería que un ente fijase —a través de los oportunos consensos— las grandes líneas de acción en relación con esos tres grandes retos que se acaban de enumerar. Aunque haya que asumir el riesgo que supone crear (o potenciar) un organización que, a la postre, resulte ser un problema en vez de una solución.

Estar satisfechos con los resultados de nuestros proyectos individuales no es suficiente, ya que los desafíos a los que nos enfrentamos son demasiado grandes. No se trata de diez escuelas, sino de 10.000; ni de cinco puentes, sino de 5.000; ni de 100 personas, sino de miles de millones. Debemos buscar la forma de multiplicar los éxitos de estos proyectos para lograr un efecto de tal magnitud que, realmente, nos ayude a cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

James D. Wolfensohn, presidente del Banco Mundial (1995-2005), Shanghai (China), 25 de mayo de 2004¹.

Los ajustes necesitan políticas decididas, no pueden hacerse de forma complaciente y gradual... Varios países han tomado la decisión de hacerlos, un camino doloroso en muchos casos, pero que les ofrece la posibilidad de lograr un crecimiento sostenible. Esta «revolución silenciosa» en las actitudes de muchos países en desarrollo... se puede constatar por la cantidad de ayuda que han solicitado al Fondo para formular sus programas de ajuste [estructural] orientados al crecimiento.

Michel Camdessus, director gerente del IMF (1987-2000), 26 de septiembre de 1989².

02 El Banco Mundial. De los préstamos para el control de la natalidad al logro de resultados en Salud Internacional

VIMOS EN EL CAPÍTULO anterior que del «Acuerdo de Bretton Woods» nacieron dos instituciones *hermanas* de nueva planta, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), cuyas diferencias se presentan de una manera didáctica en la tabla-1. Pero para entenderlas mejor hay que saber que la creación del FMI nació del convencimiento de que era ineludible una acción colectiva mundial para lograr la *estabilidad económica*. De igual forma que se pensó que la ONU era el instrumento con el que se podría alcanzar la *estabilidad política* y el BM la institución clave para la *reconstrucción de Europa*, destruida a causa de la Segunda Guerra Mundial. Esto explica que inicialmente el BM se conociese con el nombre de Internacional Bank for Reconstruction and Development (IBRD), denominación aún vigente. De ahí que concediera su primer crédito a Francia, el 9 de mayo de 1947, por valor de 250 millones de dólares, la mitad de lo que había solicitado el gobierno galo. Meses después, la institución suscribiría otros préstamos para tareas de reconstrucción con Holanda, Dinamarca y Luxemburgo. Pero sucedió que ese mismo año también vio la luz el European Recovery Program (más conocido como «Plan Marshall») que rápidamente asumiría muchas de las tareas asignadas al BM. Es difícil no transcribir, porque retrata toda una mentalidad, un pasaje del discurso pronunciado por el lúcido general George C. Marshall (1880-1959) el 5 de junio de 1947 en la Universidad de Harvard, dice así:

«Es lógico que EEUU haga todo lo que esté en su mano para ayudar a la recuperación de la salud económica en el mundo, sin la cual no puede haber estabilidad política ni garantía de paz. Nuestra política no va dirigida contra ningún país o doctrina, sino contra el hambre, la pobreza, la desesperación y el caos. Su propósito debería ser la reactivación de una economía mundial dinámica que favorezca las condiciones políticas y sociales en las que puedan existir instituciones libres. Estoy convencido de que esta ayuda no debe darse de una manera fragmentada, según vayan surgiendo diversas crisis. Cualquier ayuda que este gobierno pueda prestar en el futuro debe proporcionar la cura y no quedarse en un simple paliativo»³.

La puesta en marcha del Plan Marshall, a comienzos de 1948, propició que el Banco empezará a poner más énfasis en la «D» (Desarrollo) que en la «R» (Reconstrucción). Y así iniciará su andadura hasta convertirse en un híbrido, como lo conocemos hoy, formado por tres elementos: *a)* un centro de conocimiento que proporciona ayuda técnica, *b)* una agencia de cooperación y, sobre todo, *c)* un banco que concede —con condiciones—

Tabla 1

Diferencias entre el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional

	BANCO MUNDIAL (BM)	FONDO MONETARIO (FMI)
CREACIÓN	Conferencia de Bretton Woods, 1944	
OBJETIVO	Proporcionar un marco para la cooperación económica y el desarrollo que posibilite una economía mundial más estable y próspera.	
COMETIDOS	Promover el desarrollo económico a largo plazo de los países menos desarrollados del mundo y reducir la pobreza mediante apoyo técnico y financiero a los distintos sectores (educación, sanidad, infraestructuras, fortalecimientos de las instituciones de gobierno, etc.). Estimular la actividad de las empresas privadas en los países en desarrollo a través de su afiliada, la International Finance Corporation (IFC).	Salvaguardar la estabilidad del sistema monetario internacional, es decir, el sistema de tipos de cambio y pagos internacionales que permite a los países (y a sus ciudadanos) adquirir mutuamente bienes y servicios. Asistir a todos los miembros —tanto si son países desarrollados como en desarrollo— que se encuentren en dificultades temporales de pagos, proporcionando ayuda técnica y crediticia. (El FMI no puede considerarse, exactamente, una institución de préstamo como lo es BM. Es, ante todo, un supervisor de la «estabilidad» financiera y el crecimiento económico internacionales.)
MIEMBROS O ACCIONISTAS	188 países.	
GOBIERNO DEL BM Y FMI	El BM tiene un presidente (Jim Yong Kim, 2012) y el FMI una <i>directora gerente</i> (Christine Lagarde, 2011), que presiden sus respectivos <i>Directorios Ejecutivos</i> ¹ . Las Juntas de Gobernadores (formadas por los ministros de economía de los países miembros) deciden, en sus reuniones anuales la forma en que deben abordarse los problemas económicos y financieros internacionales, y establecen las prioridades que deben atender las dos organizaciones. Todos los poderes los ostenta la <i>Junta de Gobernadores</i> , con alguna excepción, están delegados en el Directorio Ejecutivo. Y un grupo de Gobernadores de ambas instituciones, que constituyen el <i>Comité para el Desarrollo</i> (creado en 1974), mantienen encuentros que coinciden con las Reuniones Anuales y de Primavera ² del FMI y el BM.	
ENTIDADES QUE INTEGRAN EL BM Y FMI	Cinco entidades conforman lo que se conoce como «Grupo del Banco Mundial»: el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y la Asociación Internacional de Fomento (IDA), que constituyen en conjunto el Banco Mundial; la Corporación Financiera Internacional (IFC); el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (MIGA), y el Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (ICSID) ³ .	El FMI no está compuesto por distintas entidades.

Fuente elaboración propia.

Notas: 1 El Directorio Ejecutivo (Executive Board) está constituido por el Presidente del BM y 25 Directores Ejecutivos (Executive Directors). El IMF tiene 24 y lo preside su Director Gerente. En ambas instituciones, los cinco miembros con el mayor número de acciones (EEUU, Japón, Alemania, Francia y GB) designan cada uno su Director Ejecutivo. China, la Federación de

Rusia y Arabia Saudita eligen también al suyo. Los demás son nombrados por los otros países miembros. En el IMF (<http://www.imf.org/external/np/sec/memdir/eds.aspx>), España comparte director ejecutivo con Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Venezuela. En el BM (<http://web.worldbank.org/external/default/main?menuPK=393307&pagePK=64099288&piPK=64099409&theSitePK=393301>) se suma a este grupo Nicaragua.

2 Las Reuniones Anuales se celebran dos años consecutivos en Washington DC y cada tercer año en otro país miembro (Estambul, 2009; Tokio, 2012). Reúnen a ministros de Hacienda, autoridades de bancos centrales, ejecutivos del sector privado, la sociedad civil y el mundo académico. 3 El IBRF (International Bank for Reconstruction and Development) otorga préstamos a Gobiernos de países de renta media y baja con capacidad de pago. La IDA (International

	BANCO MUNDIAL (BM)	FONDO MONETARIO (FMI)
DE DÓNDE PROCEDEN LOS FONDOS DEL BM Y FMI	Aportes de los países miembros y emisión de bonos. (El BM obtiene una importante parte de los fondos que presta para financiar el desarrollo en el mercado financiero mediante la emisión de bonos con una calificación AAA —por estar garantizados por los gobiernos miembros— a individuos e instituciones privadas.)	Cuotas aportadas por los países miembros que, en general, guardan relación con el tamaño de su economía.
PERFIL DE SUS EMPLEADOS	Profesionales especializados en temas, sectores o técnicas concretos.	Predominio de economistas con gran experiencia en política macroeconómica y financiera.
NÚMERO DE EMPLEADOS	9.000 empleados procedentes de 168 países.	2.475 empleados procedentes de 156 países.
COMPROMISOS DE FINANCIAMIENTO A PAÍSES MIEMBROS (2012)	35.300 millones de dólares (BIRF e IDA). La Sanidad y otros Servicios Sociales supusieron 4.250 millones de dólares.	A mediados de 2012, los recursos del FMI se situaban en unos 456.000 millones de dólares y los préstamos comprometidos 243.000 millones de dólares. De acuerdo con los montos aprobados en agosto de 2012, los principales prestatarios fueron: Grecia, Portugal e Irlanda.
CARACTERÍSTICAS DE LOS PRÉSTAMOS	Es un «banco» que presta a largo plazo (entre 10 y 40 años) para mejoras estructurales e institucionales. Únicamente financia aquellos proyectos para los que no hay capital disponible de otras fuentes financieras en unas condiciones razonables. Los países ricos no reciben préstamos del BM, solo los gobiernos solventes de países en desarrollo.	Es un «fondo» que concede préstamos a corto y medio plazo (entre 3 y 5 años) para aliviar las tensiones de la tesorería pública. Todos los países miembros, tanto ricos como pobres, pueden solicitar asistencia financiera al FMI.
PRÉSTAMOS PARA EL SECTOR SALUD	Desde el año 2000, el BM ha prestado 26.640 mil millones de dólares para programas de Salud sectoriales y multisectoriales.	El FMI no interviene en sectores.
COLABORACIÓN ENTRE LAS DOS INSTITUCIONES	Ambas multilaterales, al menos en un plano formal y normativo, han de coordinarse en su asistencia a los países. Esto incluye las «condicionalidades» que acompañan a sus respectivos programas crediticios. El marco de esta colaboración se estableció en 1989 y existe a este respecto un <i>Plan Ejecutivo Conjunto de Acción</i> ⁶ (última revisión 2007).	

Development Association) concede préstamos sin interés, con bajo interés o donaciones a los países más pobres. La IFC (International Finance Corporation) proporciona préstamos, capital y asistencia técnica para promover inversiones del sector privado en los países en desarrollo. La MIGA (Multilateral Investment Guarantee Agency) proporciona seguros contra riesgos políticos o garantías contra pérdidas ocasionadas a los inversores en los países en desarrollo. El ICSID

(International Centre for Settlement of Investment Disputes) presta servicios internacionales para la conciliación y el arbitraje con el fin de ayudar a resolver disputas sobre inversiones. 4 Las «condiciones» de los préstamos también sirven para garantizar que el país prestatario será capaz de devolver los recursos solicitados para que puedan ponerse a disposición de otros países miembros que los necesiten (véase: <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/conditios.htm>).

5 Sobre la historia de la colaboración entre las dos instituciones véase: el capítulo 20^o (Managing the Fund in a Changing World) de la obra *The International Monetary Fund 1979-1989* de James M. Boughton (disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/history/2001/ch20.pdf>). 6 Joint Management Action Plan (véase: <http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/092007.pdf>).

prestamos a largo plazo para que los países pobres puedan realizar proyectos que abarcan desde autopistas y colegios hasta puentes y centrales eléctricas, pasando por hospitales, programas de salud reproductiva o la reforma de la administración de Justicia.

En sus más de 65 años de su historia, las prioridades del BM, su papel en las relaciones internacionales y sus criterios sobre cómo facilitar el desarrollo de las naciones más deprimidas han evolucionado. Por lo que ha pasado de ser un organismo que tenía encomendada la reconstrucción de Europa a tener como misión el *alivio de la pobreza* (en los países más pobres). Pero es que los puntos de vista sobre cómo promover la ayuda al desarrollo también han cambiado dramáticamente durante ese lapso de tiempo. Transformación que ha supuesto la aparición de nuevos enfoques (por ejemplo, las alianzas público-privadas) y agentes (por ejemplo, las ONG o la nueva filantropía), lo que ha facilitado no solo que el debate sobre el desarrollo se haya hecho más riguroso, sino que su espectro se haya ampliado enormemente, tanto en lo referente a los temas como al número y variedad de participantes. Asimismo, el análisis de los resultados logrados con las distintas intervenciones —a corto, medio y largo plazo— ha ido adquiriendo una importancia creciente. Toda esta metamorfosis también ha alcanzado a las agendas políticas (nacionales e internacionales) y las prácticas de los organismos internacionales (OOII).

También a lo largo de este proceso, que ha tenido como telón de fondo un sinfín de equilibrios geopolíticos, se ha evidenciado que los intereses de cada país, de determinados sectores económicos e, incluso, de los nuevos actores forman un conjunto que quizá se pueda entender mejor si lo asimilamos a un ecosistema. Pues, en muchas ocasiones, si no es desde esta perspectiva, difícilmente se pueden comprender las prioridades, calendarios y presupuestos de la ayuda al desarrollo en general y de la cooperación orientada a la Sanidad en particular. Los estados donantes y receptores, las multilaterales, las ONG y otros actores se mueven de acuerdo con sus intereses y visiones, e interactúan con arreglo a procesos de formación de opinión y toma de decisiones que son difíciles de comprender por el observador no avezado.

No debería sorprendernos que, con frecuencia, el conflicto entre los intereses de los distintos estados, grupos de presión y movimientos ideológicos o políticos se haya hecho patente en el

seno de los OOII, como han denunciado algunos analistas del BM, la OMS o la ONU. En ciertas ocasiones, ha sido posible negociar y reconducir los esfuerzos. Mientras que, en otras, estas organizaciones se han asemejado a un tablero de ajedrez, un campo de batalla más, lo que ha abonado el terreno para la hipertrofia de su burocracia y el cabildeo en las asambleas generales, el nombramiento de altos cargos, la modificación de las cuotas o la consolidación de las corrientes críticas dentro de ellas.

Hoy, el BM tiene un criterio mejor formado sobre cuáles son las *necesidades humanas básicas*, qué es la pobreza o cómo promover un desarrollo económico de rostro humano y respetuoso con la Naturaleza. Ya no está tan desorientado como reconoció el que había sido su primer presidente, Eugene Isaac Meyer (junio-diciembre 1946), cuando la institución cumplió su décimo aniversario:

«Encontrar el camino correcto para este nuevo experimento en la cooperación internacional no fue fácil. Pues solo disponíamos del articulado del Convenio para guiarnos, que únicamente marcaba unas líneas de actuación imprecisas... Tuvimos que elaborar —de forma lenta y dolorosa— las primeras teorizaciones, algo esencial para el desarrollo de prácticas y procedimientos sólidos»⁴.

En la década de los años 50 y 60, cuando imperaba la idea de que el crecimiento económico era la llave del desarrollo, los créditos del BM se dirigieron primordialmente a la construcción de infraestructuras. Pero, entre finales de la década de los años 60 y la década de los años 80, la teoría sobre el desarrollo cambió. Ya no se buscaba solo el crecimiento económico, había quizá algo tan importante como ese objetivo: satisfacer las *necesidades básicas* de los individuos. Junto con otros, el BM y sobre todo su quinto presidente (1968-1981), Robert Strange McNamara (1916-2009), fueron artífices de esa nueva visión, por lo que la institución abrió sus créditos a intervenciones orientadas a la educación, la nutrición y la salud.

Al comienzo, los proyectos del BM en el campo de la Sanidad, se ciñeron a la planificación familiar. Jamaica fue el primer país con el que se suscribió, en junio de 1970, un préstamo de 2 millones de dólares para poner en marcha un programa de estas características. Al año siguiente, el BM empezó a colaborar con la OMS con el propósito de financiar conjuntamente programas de saneamiento. Y en 1979 su Departamento de Población pasó a denominarse Departamento de Población, Salud y Nutrición

(*Population, Health & Nutrition Department, PHN*)^A. Describir aquí cronológicamente todas sus actividades requeriría mucho espacio y, además, sería de poco interés para la mayoría de los destinatarios de este escrito^B. Con toda seguridad, a los lectores les resulte mucho más práctico que se presente un retrato robot de las políticas y estrategias que a lo largo del tiempo han iluminado las actividades relacionadas con la Salud Internacional (SI). Desde esta perspectiva, pueden distinguirse, desde su inicio (1970) hasta la fecha, seis etapas^C:

1. Primera etapa (1970-1979): Control de la natalidad

La preocupación por los efectos negativos del rápido crecimiento de la población sobre el desarrollo económico y la reducción de la pobreza hizo que el Banco se centrara, sobre todo, en la mejora de los servicios de planificación familiar. Conviene recordar que a finales de la década de los años 60 y comienzos de la siguiente se había extendido la idea neomalthusiana de que la desigualdad en el mundo se debía, en gran parte, a un enorme crecimiento de su población, a una «explosión demográfica», cuyas necesidades no podían ser atendidas ni con los recursos existentes entonces, ni con los futuros. Consecuentemente, era perentorio tomar medidas encaminadas a frenar dicho crecimiento, en especial, en los países más pobres, allí donde el fenómeno era más intenso. Quizá el libro más influyente sobre estos temas fue *The population bomb* (1968), un auténtico *best-seller* escrito por Paul R. Ehrlich, entonces un joven profesor de la Universidad de Stanford. En el prólogo de una de sus primeras ediciones podía leerse una afirmación tan apocalíptica como la siguiente:

«La batalla para alimentar a toda la humanidad ha llegado a su fin. Cualquier programa de choque que se inicie ahora no impedirá que, en los años 70 y 80, cientos de millones de personas mueran de hambre. Ya es tarde para evitar un sustancial aumento de la tasa de mortalidad en el mundo...»⁵.

En línea con este punto de vista, un informe del BM publicado en 1973 llamaba la atención sobre la importancia de la nutrición en la ayuda al desarrollo, lo que hizo que se pusieran en marcha algunos proyectos dirigidos a mitigar el hambre.

En esta primera etapa, los proyectos de educación, agricultura y población —aunque de forma poco articulada— ya empezaron a incluir algunos componentes relacionados con la Sanidad.

^A Este departamento del Banco en 1997 pasaría llamarse Health, Nutrition & Population (HNP). A lo largo del escrito vamos a denominarlo así para no crear confusiones.

^B El lector interesado en una información más detallada, año a año, sobre las actividades del Departamento de HPN puede consultar el siguiente documento: Independent Evaluation Group (IEG). World Bank HNP Timeline. Washington DC: The World Bank, 2008 (disponible en: <http://siteresources.worldbank.org/EXT-WBASSHEANUTPOP/Resources/timeline.pdf>).

^C Esta división en seis etapas se ha tomado del documento From Population Lending to HNP Results: The Evolution of the World Bank's Strategies in HNP (1987), preparado por M. Fair.

Además, en ese año, 1973, el BM anunció que había logrado la meta establecida por su presidente, al suponer la asistencia prestada a los países en desarrollo en el período comprendido entre 1969 y 1973 el doble que la registrada en el quinquenio previo. Con la particularidad añadida de que, por primera vez, los préstamos destinados a la agricultura superaban a los consignados a cualquier otro sector⁶ (¡la construcción de infraestructuras había perdido el trono!).

McNamara ha sido, sin duda, el presidente más poderoso, influyente y controvertido que ha tenido el BM (véase p. 98). Supo ahormar la organización como nadie lo había hecho antes, al llevar a cabo una transformación de tal calado que afectó a la misión, estructura, proyección geográfica y financiación de la institución; ésta no conocería otra reestructuración similar hasta 1987. Introdujo el análisis de políticas (*policy analysis*) para ponderar qué política o estrategia es la óptima para lograr los objetivos marcados. Tuvo la firme convicción de que las importantes carencias del entonces llamado «mundo en vías de desarrollo» tenían solución. Desplegó estrategias específicas para abordar cada necesidad: la alfabetización, la nutrición, la reducción de la mortalidad infantil o la restauración de la salud⁷. Y supo ver la «salud de la persona» (*health of man*) como una pieza nuclear del modelo de desarrollo socioeconómico que debía promover el BM. Pues todo esfuerzo encaminado a mejorar la productividad y el crecimiento económico acaba fracasando si no se acompaña de programas que fortalezcan determinadas necesidades sociales como son la nutrición y la buena salud⁸.

En 1974, el BM, la OMS, la FAO y el PNUD promovieron el Programa de Control de la Oncocercosis, que contó con el respaldo de los siete gobiernos de África Occidental más afectados por la enfermedad. Un año después, el BM, la OMS, el PNUD y la UNICEF copatrocinaron el conocido programa «TDR» (*Tropical Diseases Research*) para promover distintas intervenciones dirigidas al control de la lepra, la oncocercosis, la enfermedad de Chagas, la filariasis linfática y la leishmaniasis visceral; cinco enfermedades tropicales que mataban o incapacitaban a millones de personas cada año y que en la actualidad están en vías de ser erradicadas⁹. Hoy los cometidos del TDR se han ampliado a enfermedades como el VIH/SIDA o la malaria. Un año después, en 1975, el BM publicó el *Health Sector Policy Paper*, la primera declaración formal y específica sobre su política con relación a los problemas a los que se enfrentaba la SI.

Así, a través del control de la natalidad y la lucha contra las enfermedades tropicales, el BM, una institución todavía joven, hacía sus primeros pinitos en el terreno de la Sanidad, un dominio hasta entonces desconocido para él.

Tabla 2
Documentos más importantes sobre HNP publicados por el BM

Año	Título del documento
1973	Sectoral Programs and Policies Paper
1975	Health Sector Policy Paper
1980	Health Sector Policy Paper
1981	World Development Report: National and International Adjustment
1984	World Development Report: Population and Development
1987	Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform
1989	World Development Report: Financial Systems and Development
1993	World Development Report 1993: Investing in Health
1997	Health Nutrition and Population World Bank Sector Strategy Paper Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic
2007	Healthy Development. The World Bank Strategy for Health Nutrition and Population Results
2009	Healthy Development. The World Bank Strategy for Health Nutrition and Population Results (Progress report)

Fuente Elaboración propia. Todos los documentos se pueden encontrar en el sitio Web del BM.

2. Segunda etapa (1980-1986): Atención Primaria y Programas de Ajuste Estructural

En 1980 veía la luz el segundo *Health Sector Policy Paper*, con el que el Banco intentaba fundamentar sus intervenciones en el sector sanitario y se comprometía a asignar préstamos específicos que tuvieran por objetivo mejorar la salud de los pobres. A tal fin, se propuso facilitarles el acceso —sobre todo en las áreas rurales— a una Atención Primaria de bajo coste. Los motivos para este cambio de política quedaron también recogidos en el *World Development Report 1980: Poverty and Human Development*, donde se subrayaba la importancia de los programas de desarrollo humano por sus efectos positivos y tangibles sobre la productividad y la reducción de la pobreza.

Sin embargo, las buenas intenciones del BM plasmadas en este documento se vieron afectadas —al menos en parte— por el desplome de la economía mundial en los últimos años de la década de 1970, a lo que contribuyó la crisis del petróleo, la incapacidad de muchas naciones (sobre todo iberoamericanas) para hacer frente a su abultada deuda, la inflación y el estancamiento de los mercados. Triste realidad que llevó al FMI y al BM a intervenir en los países prestatarios de forma más integral e intensa a través de los llamados *Structural Adjustment Programmes* (Programas de Ajuste Estructural, PAE).

A diferencia de lo que había ocurrido con los préstamos del BM en los años 50 y 60, que se concedieron para la construcción de infraestructuras, y en la década 1970, que se emplearon en los sectores sociales (educación, control de la natalidad, sanidad, etcétera) y sobre todo en modernizar la agricultura, en la década 1980 los créditos, que estaban atados a las condiciones que imponían los PAE, se dirigieron a las *reformas* sectoriales. Con éstas se buscaba reducir el gasto público de los países prestatarios para que pudieran hacer frente a los vencimientos de los créditos recibidos en las décadas anteriores. Pues muchos de ellos se encontraban en suspensión de pagos (*default*). A esta circunstancia se sumaron otros elementos como la corrupción, el retroceso de las economías, la segunda crisis del petróleo o un inadecuado diseño de los proyectos para los que habían solicitado —años atrás— financiación. Sin olvidar, como sucede con tantas cosas de esta vida, la influencia de las modas, a las que también se pliega el pensamiento económico imperante en cada momento. Todos estos hechos propiciaron en la década de 1980 un cambio drástico en las políticas crediticias del BM y el FMI.

Desde su creación, las *dos hermanas* habían realizado su trabajo de acuerdo con el principio de que, aunque complementarias, intervenían en distintos ámbitos. El BM se dedicaba a los asuntos sectoriales: cómo distribuían los países su gasto público, cómo funcionaban sus instituciones, qué políticas comerciales seguían, qué infraestructuras necesitaban o cómo educaban a los estratos más desfavorecidos de la población. Mientras que el FMI se limitaba a supervisar y mantener en orden las grandes cuestiones macroeconómicas, a saber, el déficit comercial, la deuda externa, la política monetaria, etcétera.

Pero en el período que estamos estudiando esa frontera, aunque seguían estando clara sobre el papel, en la práctica empezó a desdibujarse, por lo que las funciones de las dos multilaterales quedaron entrecruzadas. Así, el BM, además de continuar con sus préstamos para proyectos sectoriales, por causa de la crisis, comenzó a dar a los países un apoyo más amplio, pero dentro del marco de los PAE y siempre que el FMI no tuviera nada que objetar. De esta manera, las orientaciones del FMI y los PAE acabaron por convertirse en el ingrediente que casi nunca faltaba en las actuaciones en los países en desarrollo.

Desde entonces, y ayudados por lo que significó la caída del muro de Berlín, el BM y, sobre todo, el FMI han ampliado considerablemente su campo de acción, convirtiéndose en los árbitros de la economía mundial. No solo de los países en desarrollo, sino de todos aquellos que necesitan —como le ocurre en la actualidad a España— acceso a los mercados internacionales de capitales. De suerte que si su política económica no cuenta con el «visto bueno» del FMI, el abastecimiento en dichos mercados se dificulta (o encarece) sobremanera.

Pero vayamos ahora a los efectos indeseables que provocaron los PAE. Tal como hemos visto, el BM los introdujo con el propósito de que los países prestatarios pudieran hacer frente a sus deudas, para lo que se les propuso distintas medidas destinadas a reducir el tamaño de sus administraciones públicas y ganar en eficiencia. De ahí que se privatizaran las industrias estatales y se permitiera al sector privado participar en la provisión de los servicios públicos. Con esto último se pretendía mantener los logros conseguidos en los años 60 y 70. Sin embargo, el objetivo no se logró y gran parte de esos logros languidecieron o, peor aún, zozobraron durante la década de 1980.

En concreto, para los sistemas sanitarios, los PAE significaron básicamente tres cosas (aunque no tenían por qué suceder todas a la vez en un mismo país): a) La introducción del sector privado y la competencia. b) Una reducción de su financiación pública que significó que muchos programas de salud se vieran gravemente afectados por falta de recursos. Y c) la imposición de ciertas tarifas («copagos») a los usuarios de los servicios médicos con el objetivo de hacerlos sostenibles¹⁰.

El resultado fue que la teoría que sustentaba los PAE no solía coincidir con lo que, luego, sucedía en el terreno. Una de las

metas del Banco fue ayudar a los países pobres a identificar intervenciones con «eficacia proporcional al costo» y, por lo tanto, acreedoras de apoyo financiero. Mientras que las instituciones financieras internacionales forzaban —a través de las condiciones que acompañaban a la ayuda económica— a los gobiernos a restringir el gasto en sanidad y educación. Su argumento fue que un presupuesto «equilibrado» y un «entorno propicio para las inversiones» facilitarían el desarrollo y, por ende, los resultados en el ámbito sanitario. Sin embargo, no se lograron generar fondos suficientes para mantener las actividades que son básicas en una nación y muchos sistemas sanitarios empezaron a colapsarse, lo que ocurrió sobre todo en las zonas rurales y áreas más pobres. No puede sorprender que los PAE hayan concitado multitud de críticas. Incluso, la evaluación realizada por parte del propio FMI ha señalado sus defectos^D. En palabras de Stiglitz:

«Los programas de ajuste estructural no aportaron un crecimiento sostenido ni siquiera a los países que, como Bolivia, se plegaron a sus rigores»¹¹.

3. Tercera etapa (1987-1996): Reforma sanitaria

En el decenio que transcurre entre los años finales de las décadas de 1980 y 1990, la financiación para proyectos de HNP se multiplicó por seis¹², lo que unido a la falta de presupuesto y liderazgo de la OMS convirtió al BM en el actor —y referente— más importante de la SI. Por otro lado, en 1993 salió de las prensas el archiconocido e influyente informe *World Development Report: Investing in Health*. Aunque hay que decir que seis años antes, en 1987, el BM había publicado *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, un informe que también tuvo su influencia. En él se exponía una propuesta de reforma de los sistemas sanitarios para eludir las limitaciones que estaban imponiendo los problemas económicos que afectaban al mundo. En esencia, lo que planteaba el escrito era una reforma de los sistemas sanitarios en los países pobres, que pasaba por encontrar un equilibrio entre las necesidades de asistencia médica de la población y las presiones que existían para no aumentar aún más el gasto público y, por ende, la deuda. Para ello los usuarios debían contribuir al coste de su atención sanitaria mediante pagos directos o a través de un seguro; además, había que dejar vía libre a la participación de

^D La evaluación quizá más importante por parte del FMI la constituye una trilogía: a) una revisión interna por parte de su personal (IMF Staff. *The ESAF at Ten Years: Economic Adjustment and Reform in Low-Income Countries*. Washington D.C.: FMI, Occasional Papers 156, 12 de febrero de 1998); b) una evaluación externa encargada a un grupo de expertos independientes (K. Botchwey y cols. *Report by a Group of Independent Experts review: External Evaluation of the ESAF*. Washington D.C.: FMI; 1998); y c) un informe del personal del FMI dirigido a la Junta de Directores del FMI en el que se resumen los dos análisis antes mencionados (IMF Staff. *Distilling the Lessons from the ESAF Reviews*. Washington D.C.: FMI; 1998).

proveedores de servicios médicos ajenos al sector público, actividad que ya desarrollaban las ONG. Por lo tanto, se esperaba que las naciones pusieran en marcha una serie de reformas que pueden resumirse en cuatro puntos¹³:

- Recaudar una tarifa por el uso de los establecimientos sanitarios públicos ya que, como podía leerse en el informe, «las personas están por lo general dispuestas a pagar por una atención directa y eminentemente curativa, ya que esto supone beneficios evidentes para ellos y sus familias. Los que tienen suficientes recursos, deben pagar por los servicios».
- Proporcionar seguros que sean asequibles a la población.
- Usar de manera eficaz los recursos no gubernamentales.
- Descentralizar los servicios de salud.

El *World Development Report: Investing in Health* de 1993 (WDR-1993), que daba cierta continuidad a las propuestas contenidas en *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, rápidamente se erigió en uno de los documentos más ascendente sobre políticas sanitarias. Constituyó para la SI y, por supuesto, para el BM un verdadero punto de inflexión^E. Su cuerpo de doctrina ha servido —y sigue sirviendo— de fundamento teórico a los proyectos que se ejecutan con préstamos de la multilateral.

El informe, por un lado, identificaba ciertas debilidades de los sistemas sanitarios, en particular, el uso ineficiente de los recursos financieros y humanos, el acceso desigual a la atención médica básica y su coste creciente. Y, por otro lado, señalaba el nuevo papel que debía jugar el BM en los problemas sanitarios que aquejaban al mundo. Abundaba en la idea de que la comunidad internacional tenía la obligación de comprometerse con la solución de dichos problemas y marcaba tres grandes cursos de acción:

- Reorientar la financiación pública hacia servicios sanitarios básicos, no complejos, y coste-efectivos (vacunas, control y tratamiento de los padecimientos infecciosos, educación de las niñas en temas sanitarios, maternidad segura, prevención del HIV/SIDA, etcétera) como medio para mejorar el estado de salud de los estratos más pobres de la sociedad.
- Abrir la financiación y provisión de servicios sanitarios a la libre competencia.

^E Es importante notar que en la redacción del informe participaron activamente la OMS, el Harvard Center for Population and Development Studies, la London School of Hygiene and Tropical Medicine y el Swiss Tropical Institute. Además fueron consultadas otras organizaciones como la Asociación para la Cooperación Internacional de Canadá (CIDA), la Agencia de Cooperación Internacional de Dinamarca (DANIDA), la Fundación Edna McConnell Clark, el Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega, la Fundación Rockefeller, la Agencia de Cooperación Internacional de Suiza (SDC), la USAID, el DFID y la UNICEF (véase WDR-1993, p. iv).

- Utilizar análisis de coste utilidad como los DALY (*disability-adjusted life year*), cuyo valor —más allá de las críticas que se les puedan hacer— debía tenerse presente. Pues es fundamental medir las intervenciones en el ámbito sanitario, no solo con indicadores *simples* (por ejemplo, la tasa de mortalidad), sino también con indicadores más complejos para así conocer su utilidad para los individuos. La idea que subyace tras los DALY es que los años de vida no deben considerarse sin más como un beneficio para la salud; hay que ponderarlos, esto es, ajustarlos de acuerdo con la incapacidad con que son vividos.

Quizá ahora que nos hallamos en la mitad del camino recorrido por el BM en el ámbito de la SI, se entienda mejor el subtítulo que lleva este capítulo: «De los préstamos para el control de la natalidad a los resultados en Salud».

El final de este período coincide con el inicio de la presidencia de James Wolfensohn (1995-2005), después de McNamara, el presidente más innovador que ha tenido el BM. Durante su mandato, hizo un esfuerzo por acercarse a las voces más críticas¹⁴ y puso en marcha varios procesos de reforma interna, que pueden resumirse así¹⁵:

- Un mayor compromiso con la observancia de las prácticas de «buen gobierno» en todas las actividades de la multilateral. Ya en la Reunión Anual del BM/FMI de 1996 se refirió al «cáncer de la corrupción» —hasta entonces, y aún hoy para algunos, un tema tabú— como una enorme carga que tenían que soportar los estratos más desfavorecidos de los países en desarrollo.
- La sustitución de los PAE por lo que se conoce como el Marco de Desarrollo Integral (*Comprehensive Development Framework*), con esta nuevo instrumento se intentaba realzar el protagonismo de los gobiernos y la sociedad civil en los proyectos financiados por el BM.
- Mayor énfasis en los asuntos sectoriales. De tal suerte que problemas como el VIH/SIDA empezaron a figurar entre las prioridades durante este período.

Por todo lo que se ha venido exponiendo, se puede comprender fácilmente que la deuda externa y los PAE se convirtieron en una gabela inaguantable para algunos países. Esto forzó a las

hermanas, con la complicidad de los países donantes, a poner en marcha en 1996 la Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (*Heavily Indebted Poor Countries*, HIPC), con la que se pretendía reducir sus cargas financieras y aliviar la pobreza (véase p.105). Esta salutífera medida fue, en gran medida, promovida por el propio Wolfensohn. Así, cuando dejó la presidencia del BM, 27 HIPC estaban recibiendo ayuda para su deuda por un valor de 54.000 millones de dólares¹⁶.

Pero antes de abordar la siguiente etapa es inevitable hacer un alto para dar algún dato sobre las cantidades que dedica el Banco a la financiación de sus proyectos sanitarios en los países pobres y, seguidamente, explicar de dónde proceden sus fondos.

3.a. El Banco Mundial como financiador de proyectos sanitarios

Como venimos viendo, la capacidad del BM para generar y difundir conocimientos en materia sanitaria ha ido aumentando de manera considerable con el tiempo. Sin embargo, su principal activo —en comparación con otras instituciones multilaterales, especialmente la OMS— radica en su enorme facilidad para financiar a los países en desarrollo. Su incuestionable protagonismo en la SI se debe, en gran medida, a esa facultad.

En la tabla-3 se recogen en valores (en millones de dólares corrientes) los proyectos financiados por el BM entre 1990 y 2013 pertenecientes a la rúbrica HNP, agrupados de acuerdo con sus principales programas («Salud Infantil», «Otras enfermedades contagiosas», «Fortalecimiento de los sistemas sanitarios», «Nutrición y seguridad alimentaria», «Población y salud reproductiva», «Otros programas para el desarrollo humano», «VIH/SIDA», «Lesiones/enfermedades no transmisibles», «Malaria» y «Tuberculosis») y las seis regiones en las que opera («África Subsahariana», «Este de Asia y Pacífico», «Sur de Asia», «Europa y Asia Central», «Oriente Medio y Norte de África» y «América Latina y Caribe»).

La tabla-4 nos ayuda a comprender la implicación creciente del BM en la SI. Como se puede ver entre 1970 (año en el que el BM concede a Jamaica el primer préstamo sanitario de su historia) y 1999 el monto total de sus créditos para HNP supuso 16.000 millones de dólares (500 millones anuales de media); mientras que en el período comprendido entre el año 2000 y

Tabla 3
Nuevos compromisos anuales de financiación*
para el sector HNP (Salud, Nutrición y Población)
del Banco Mundial por Región y tipo de Actividad**

África Subsahariana

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Malaria	Tuberculosis	Total anual
1990	2	4	55	18	26	14					119
1991	33	8	105	58	82				22		308
1992		1	67	20	10		6		2		106
1993	1		9	16	7		71				104
1994		10	80	17	34	16	25		4		187
1995	23	6	87	67	39		20				241
1996	43	3	62	25	19		8				160
1997	6	17	18	15							55
1998	34	9	57	32	28	4	16		3		183
1999	11		48	25	39		6		29		158
2000	19	12	42	6	18		51				148
2001	36		59	40	65		125	1			325
2002	77		99	25	66	4	177		17	28	492
2003	36		151	166	72	41	108	38	5		617
2004	20	3	85	22	51	14	193	8	9	42	445
2005	69	3	110	32	60	45	44		7	14	385
2006	57	16	176	34	57	3	66		103		512
2007	59	6	181	79	53	62	106	55	78		678
2008	38	5	120	59	15		30		76	6	349
2009	85	23	131	5	47	24	193	2	89	23	621
2010	55	59	187	8	81	7	89		26	42	553
2011	78	6	39	39	19	51	76		145	7	459
2012	92	12	164	73	109	29	33	2	9	3	525
2013	126		153	60	50	24	31	1	5		450
Total	1.000	199	2.282	940	1.048	340	1.472	105	630	163	8.181

Datos actualizados a 16 de julio de 2013.

(*) Las cantidades de dinero se expresan en millones de dólares estadounidenses corrientes. Debido al redondeo de las cifras, es posible que la suma de los montos de los cuadros no coincida con los totales y que la suma de los porcentajes no sea igual a 100.

(**) Bajo el epígrafe «Banco Mundial» se recogen aquí las actividades del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y la Asociación Internacional de Fomento (AIF).

Fuente <http://datatopics.worldbank.org/hnp/worldbanklending>.

Tabla 3 (cont.)

Este de Asia y Pacífico

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Malaria	Tuberculosis	Total anual
1990											
1991			19		35						54
1992	26	52	26			87					191
1993	47	1	50	36	21	50					206
1994	28		45		28						100
1995	32	3	113	42	38	22		3			253
1996		33	40	26	65		12		14	14	204
1997			18	22		23	12				75
1998	23	3	40	6	28						101
1999	26		31		8	181	17				264
2000			22	8	1	19		5	1	5	62
2001			26							23	49
2002	32		52		6		13			69	172
2003	32		32	6		3				6	80
2004			5			22	3	84			114
2005		3	7		5	38	20	21			93
2006	14	19	66	2	3	96	18	54	14	19	304
2007		5	38			8	6	89			146
2008	6	3	106	0	6			1	0		121
2009			2								2
2010	1	0	126		1	78		1			206
2011	2	4	83		2	45					136
2012	133		150		133						415
2013	3		192	65							260
Total	405	126	1.287	214	381	673	101	254	32	136	3.609

Sur de Asia

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Malaria	Tuberculosis	Total anual
1990	72			36	72						181
1991	32	25	65	49	89	69				6	335
1992	107		49		123		34				313
1993	111	21	32	45	53	26		200			488
1994	27		101		67			39			233
1995	11		67	15	36	15					144
1996	3		122		7				60	3	195
1997	62		47	5	62		5		54	47	283
1998	116	50	224	222	75						686
1999			44		63		63		23	21	215
2000	80		32	27	31					32	201
2001		9	39		12		12				70
2002											
2003	46	8	71		19	8	40	122		11	324
2004	111	18	75	10	30	44	2	98			388
2005	88	28	208	78	99		155	196		39	891
2006	55		60		11	4		33		4	166
2007	150	11	295		165	47	188	87		80	1.022
2008	14	9	25		14	13	7			3	85
2009	371	60	39		5				172		647
2010	54	5	134	23	48	56	19	9			349
2011	113		144	72	109						438
2012	15		149	10	15						188
2013	84	15	264	112	28		236	93			832
Total	1.722	258	2.286	703	1.232	282	760	876	309	247	8.676

Tabla 3 (cont.)

Europa y Asia Central

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Tuberculosis	Total anual
1990						27				27
1991										
1992			92		68					161
1993			46							46
1994						3				3
1995		44	82	5	21			5		156
1996	13	2	247		101			8	8	378
1997	15		53		15	13		15		109
1998		5	11		3	15		5		39
1999			57		14	9		2	13	95
2000	1	5	172				13	80		272
2001			12		5			1	6	25
2002			11		1	9				20
2003	3		95		24	14	64		74	274
2004			95				3	33	3	134
2005	29		96	7	23		17	65	12	248
2006	4	21	143		2		2	75	3	250
2007		11	70					99		180
2008			147			3				150
2009	4	6	821					42		873
2010			757					2		758
2011	24	26	317				5	9		382
2012			690					2		691
2013	4		105		1		4	13	4	132
Total	96	120	4.117	11	278	93	109	456	122	5.403

Oriente Medio y Norte de África

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Malaria	Tuberculosis	Total anual
1990	26		26		26					21	98
1991	8		44		7						59
1992		18									18
1993	4		60		60						124
1994						38					38
1995			24								24
1996	15		16		22						52
1997											
1998	23		95			5					122
1999			112								112
2000	32		24	32			3				92
2001											
2002	10		11		10				3		34
2003			6				4		3		12
2004						47		12			60
2005						29					29
2006						10		23			33
2007						3					3
2008											
2009	2	1	1		2		1				7
2010	8	17	75								100
2011	7		7	7	14	100					135
2012			35	2	10						47
2013	12		56	37			1	1	1	1	109
Total	148	35	592	77	151	233	9	35	7	22	1.309

Tabla 3 (cont.)

América Latina y Caribe

Año fiscal	Salud Infantil	Otras enfermedades contagiosas	Fortalecimiento Sistemas Sanitarios	Nutrición y seguridad alimentaria	Población y Salud reproductiva	Otros programas para el desarrollo humano	HIV/AIDS	Lesiones/enfermedades no transmisibles	Tuberculosis	Total anual	Suma de totales
1990	55	6	118	3	51		11		45	289	715
1991	40	11	148	60	5					264	1.020
1992			30	3		49				82	870
1993	10	38	142	29	10					229	1.196
1994	22		53	29	22	101	107		4	338	899
1995	8	125	154	73						361	1.179
1996	17		639	19		4				679	1.669
1997	29		10	20	28		4			91	613
1998	13		545	29	13					600	1.732
1999	6	50	92		29		50			226	1.069
2000	20	46	38	23	10					137	912
2001	39		180		11		17			248	717
2002	10		165	19	45		11			249	968
2003	115		215	28	81	2	109		1	552	1.859
2004	274	25	293		215	3	10	80	5	905	2.047
2005	17		38	17	7	8	7	49	2	143	1.790
2006	54		57	21	36	3	1	4		176	1.442
2007	178	37	155	57	120	57		148		752	2.782
2008	43		40	17	33	14	3	17	2	170	875
2009	164	0	382	226	39	85	25			921	3.070
2010	14	292	1.878	32		70	19	44		2.348	4.315
2011	101	62	800	14	97	29	28	138	18	1.286	2.836
2012	8	8	211	13	112					353	2.219
2013	17		295	59	70					441	2.224
Total	1.253	700	6.676	792	1.034	427	404	480	77	11.842	39.021

2013 ascendió a 26.500 millones de dólares (2.000 millones anuales de media). La tabla-5, que recoge el número de proyectos concedidos entre 1970 y 2013, pone de manifiesto que entre 1970 y 1999 el total de proyectos sumó 407 (13,5 proyectos anuales de media); mientras que entre 2000 y 2013 se iniciaron 752 proyectos (57,8 proyectos anuales de media).

Tabla 4

Valor (en mill. de dólares estadounidenses corrientes)
de los proyectos de HNP aprobados por el «Banco Mundial»
para cada región (1970-2013)

Año fiscal	Región						Total anual
	África Subsahariana	Este de Asia y Pacífico	Sur de Asia	Europa y Asia Central	Oriente Medio y Norte de África	América Latina y Caribe	
1970						2	2
1971					5	3	8
1972		13					13
1973					17		17
1974	12				5		17
1975		25	15				40
1976						26	26
1977		38				5	43
1978		33				25	58
1979		57	32		25		114
1980		65	78				143
1981					13		13
1982	23					13	36
1983	22	27	18		18	34	118
1984	31	85	70			58	243
1985	64	85			42		191
1986	81	113	129			96	420
1987	31				13	10	54
1988	122		105			109	335
1989	82	166	125	75	5	99	551
1990	166		183		120	308	777
1991	174	115	326		66	328	1.008
1992	148	133	365	274	51	55	1.025
1993	101	213	473	248	182	241	1.458
1994	203	191	348		4	291	1.037
1995	239	248	232	195	32	321	1.267
1996	201	266	358	411	90	1.029	2.354
1997	88	49	532	107	8	163	945
1998	209	137	763	31	146	1.002	2.287
1999	178	250	313	143	104	430	1.418
2000	133	68	308	151	101	185	947
2001	334	100	122	29	5	580	1.170
2002	415	193	78	67	40	582	1.375
2003	426	133	220	297	23	577	1.676
2004	264	21	227	143	14	1.016	1.683
2005	338	89	374	250	0	213	1.264
2006	518	201	127	191		220	1.256
2007	264	38	808	135	0	583	1.828
2008	300	166	76	148	4	253	948
2009	619	117	650	521	7	953	2.866
2010	535	284	306	551	100	2469	4.246
2011	440	137	544	341	35	1398	2.895
2012	436	150	166	746	41	376	1.915
2013	498	384	785	159	22	494	2.342
Total	7.694	4.390	9.252	5.211	1.336	14.543	42.426

Datos actualizados a 16 de julio de 2013.

Fuente <http://datatopics.worldbank.org/hnp/worldbanklending>.

Tabla 5

Número de proyectos de HNP aprobados por el «Banco Mundial»
para cada región (1970-2013)

Año fiscal	Región						Total anual
	África Subsahariana	Este de Asia y Pacífico	Sur de Asia	Europa y Asia Central	Oriente Medio y Norte de África	América Latina y Caribe	
1970				1			1
1971				1	1		2
1972		1					1
1973					1		1
1974	1				1		2
1975		1				1	2
1976				2			2
1977		2		1			3
1978		1		1			2
1979		2			1	1	4
1980		2				2	4
1981					1		1
1982	1			1			2
1983	2	1		1	2	1	7
1984	3	1		1		1	6
1985	3	2			2		7
1986	5	2		2		2	11
1987	4			1	1		6
1988	6			1		3	10
1989	8	3	1	1	1	1	15
1990	8			5	3	2	18
1991	9	2		6	4	5	26
1992	11	2	2	5	2	3	25
1993	6	7	5	6	3	7	34
1994	9	3		5	2	5	24
1995	9	6	5	5	1	3	29
1996	11	5	8	10	4	2	40
1997	5	3	5	8	1	6	28
1998	13	3	6	14	3	5	44
1999	10	11	10	11	5	3	50
2000	13	4	7	5	3	3	35
2001	20	2	4	11	3	4	44
2002	27	5	6	10	2	2	52
2003	21	4	12	15	2	9	63
2004	24	3	12	14	2	7	62
2005	26	8	13	10	1	7	65
2006	28	7	14	9		4	62
2007	25	5	13	5		12	60
2008	23	10	6	12	1	4	56
2009	22	2	10	14	1	3	52
2010	19	10	8	16	2	4	59
2011	17	5	12	15	1	5	55
2012	20	3	7	5	2	2	39
2013	12	10	5	11	3	7	48
Total	421	138	171	241	62	126	1.159

Datos actualizados a 16 de julio de 2013.

Fuente <http://datatopics.worldbank.org/hnp/worldbanklending>.

Para no inducir a confusión, es oportuno recordar (véase nota 3 de la tabla-1) que el BM proporciona préstamos o donaciones (*grants*) a los países a través de dos de sus cinco entidades: el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y la Asociación Internacional de Fomento (AIF), a las que se denomina colectivamente Banco Mundial (el Banco). Aunque ambas instituciones comparten personal, estructura de gobierno, administración y sede, presentan algunas diferencias que se explican en la tabla-6.

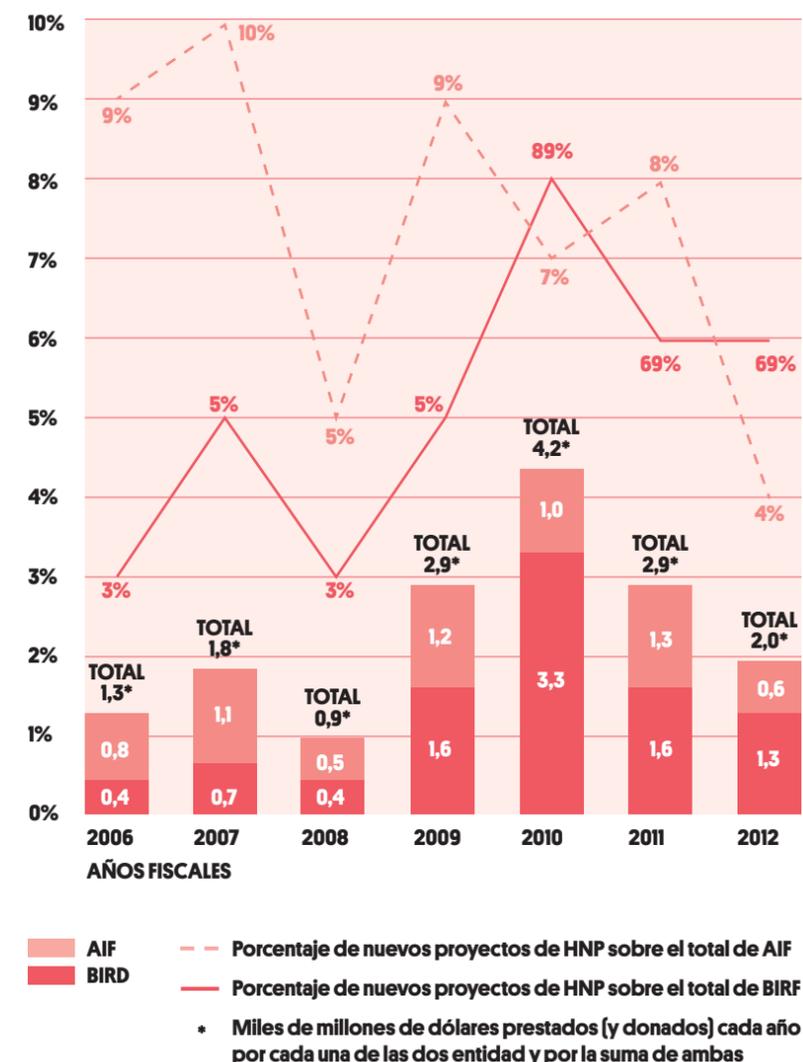
Tabla 6
Diferencias entre las dos entidades del BM concesionarias de créditos, el BIRF y la AIF

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)	Asociación Internacional de Fomento (AIF)
Proporciona préstamos a bajo interés y garantías a los países de ingresos medios y a los más pobres que son solventes.	Proporciona créditos sin interés o a un bajo interés, así como donaciones (<i>grants</i>) a los países más pobres del mundo.
Su objetivo es promover el desarrollo sostenible.	Tiene por objetivo promover el crecimiento económico, reducir las desigualdades y mejorar las condiciones de vida de las personas.
Su financiación no cumple con los criterios de la Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD).	Su financiación reúne las condiciones para ser considerada como AOD, ya que cumple con el criterio de mejorar las tasas de interés del mercado.
A menudo, se considera la «ventanilla dura» de los préstamos del BM, ya que los intereses exigidos no mejoran los existentes en el mercado.	Fundada en 1960 (170 miembros).
Fundado en 1944 (187 miembros).	

Fuente The Global Health Group, 2013.

El BM clasifica a los países receptores de sus ayudas financieras en tres grupos («bajo», «medio», «alto») de acuerdo con su renta per cápita. La elegibilidad para recibir financiación del BIRF o la AIF depende del nivel de ingresos de un país y su capacidad para devolver un crédito. Solo los países solventes pueden acceder a los fondos del BIRF. Por su parte, la AIF da ayuda económica a los países con una renta per cápita por debajo de cierto umbral, en la actualidad menos de 1.195 dólares (la figura-1 nos muestra el peso relativo que tiene el BIRF y la IDA en la financiación de los proyectos de HNP). En el argot del BM existen algunos países que se denominan *Blend countries*, como India o Pakistán, que por sus especiales características pueden acogerse a créditos del BIRF o de la AIF.

Figura 1
Peso relativo de los proyectos de HNP con relación al total de los proyectos financiados por el BIRF y la AIF (2006 y 2012)

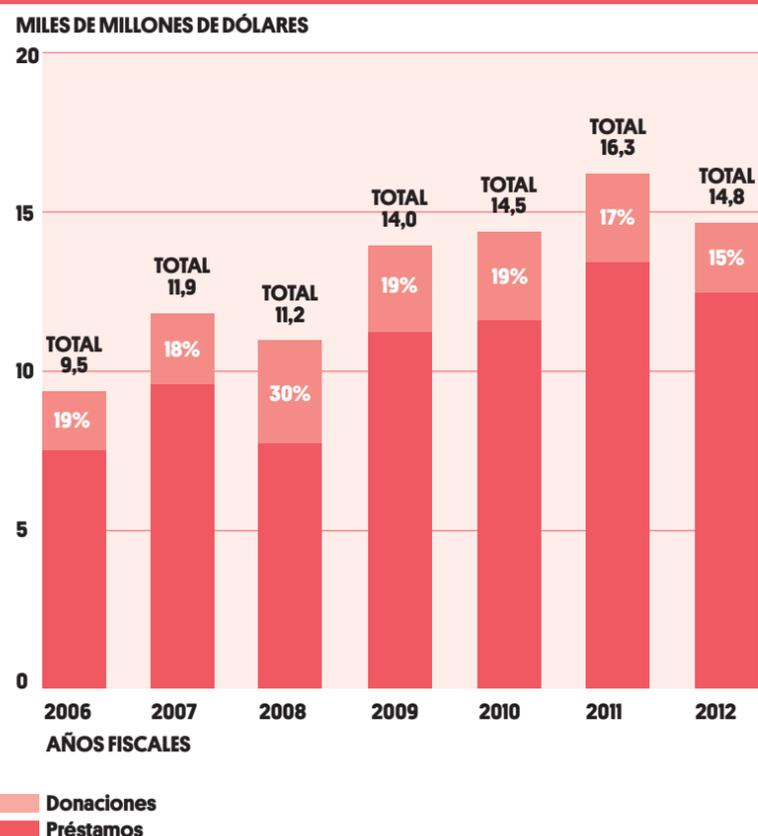


La cifra que figura debajo de los «totales» representa los miles de millones de dólares prestados (y donados) cada año por cada una de las dos entidad y por la suma de ambas. Puede que el total no sea exacto por las centésimas que no figuran.

Fuente The Global Health Group, 2013.

Las donaciones forman parte de la ayuda que proporciona la AIF, aunque están restringidas a los países con riesgo de sobreendeudamiento. Este tipo de ayuda no está exento de cierta controversia, pues algunos expertos sostienen que crea incentivos perversos, ya que serían las naciones prestatarias más endeudadas las que reunirían los criterios para recibir las. Entre 2006 y 2012, las donaciones de la AIF representaron de media el 19% del total de las cantidades que financió (figura-2).

Figura 2
Desglose de la financiación (préstamos frente a donaciones) de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) entre 2006 y 2012



La cifra que figura debajo de los «totales» representa los miles de millones de dólares prestados y donados cada año por la entidad en todas las actividades.

Fuente The Global Health Group, 2013.

3.b. ¿De dónde proviene el dinero del Banco Mundial? ^{17, 18, 19}

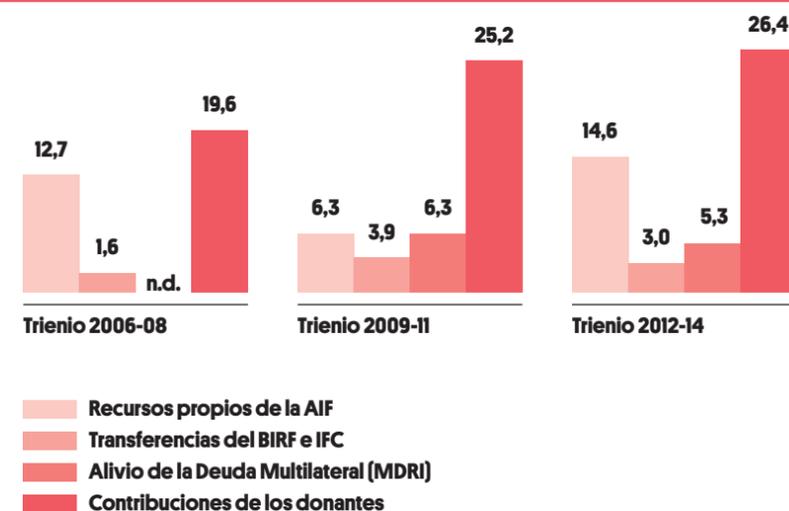
Los fondos para los préstamos —a interés de mercado, un bajo interés o sin interés— y las donaciones (*grants*) que concede el BM a los países en desarrollo se obtienen a través de varias vías:

- Los intereses que producen los préstamos que otorga.
- La devolución del capital de los préstamos concedidos que queda disponible para ser utilizado de nuevo.
- El BIRF, a diferencia de la AIF, incrementa sus fondos vendiendo bonos, clasificados como «AAA», en los mercados financieros internacionales, que son adquiridos por una amplia gama de inversionistas privados e institucionales de América del Norte, Europa y Asia. Durante el ejercicio de 2012, reunió el

equivalente a 38.400 millones de dólares mediante la emisión de bonos en 23 monedas. La institución observa una estricta disciplina financiera para mantener su alta clasificación crediticia («AAA»). Además, en 2010, por primera vez en 22 años, los accionistas del BM aprobaron un aumento de su capital de hasta 86.000 millones de dólares, lo que supuso un respaldo a sus bonos.

• Los recursos financieros de la AIF, el fondo del Banco Mundial para los países más pobres, se reponen cada tres años (véase figura-3). En las reuniones periódicas, los gobiernos donantes (aproximadamente 40) y los representantes de los países prestatarios, no solo discuten las políticas y las prioridades de la institución, sino que también toman decisiones sobre el volumen de los recursos de que va a disponer la institución. La reposición más reciente (AIF-16) abarca el trienio comprendido entre julio de 2011 y junio de 2014. Del total de 49.300 millones de dólares disponibles para ese período, el 64% (31.700 millones) proviene de las contribuciones de los donantes, de ellos se destinarán 5.300 millones al Alivio de la Deuda Multilateral (*Multilateral Debt Relief Initiative*, MDRI), el 30% (14.600 millones de dólares) del reembolso de los préstamos concedidos a los países prestatarios y el 6% restante (3.000 millones de dólares) de las transferencias de fondos del superávit del BIRF y la Corporación Financiera Internacional (IFC) (véase p. 105).

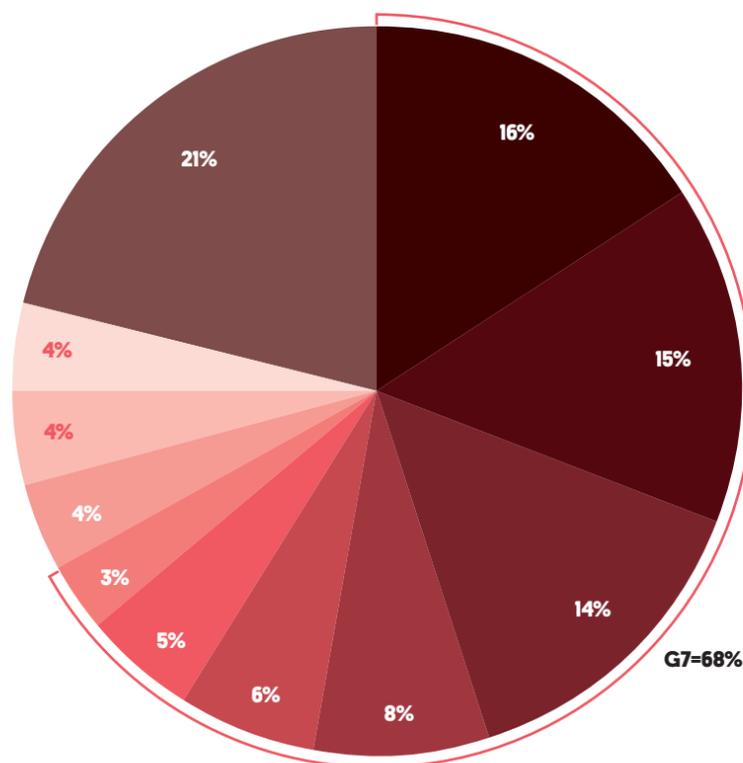
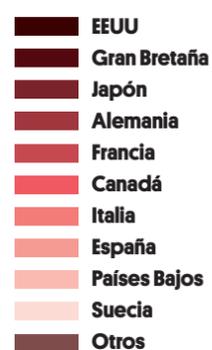
Figura 3
Procedencia de los fondos que maneja la AIF para sus préstamos y donaciones en miles de millones de dólares



Fuente Banco Mundial, Informe anual, 2012.

El monto más importante de los fondos de la AIF que provienen de los países desarrollados lo aportan los que tienen más renta, siendo los integrantes del G7 los mayores contribuyentes. En la reposición AIF-16 esta aportación representa el 68% del total de las contribuciones (figura 4).

Figura 4
Relación de países donantes de los fondos de reposición para el AIF-16



Fuente Banco Mundial, Informe anual, 2012.

• Además, por si fuera necesario para cumplir con sus obligaciones, el BM cuenta con un *capital exigible* de 178.000 millones de dólares que puede obtenerse de los accionistas. Hasta la fecha, nunca ha tenido que utilizarse este recurso.

• En 2012, el BIRF prestó 20.600 millones de dólares para 93 nuevas operaciones y la AIF, el mecanismo multilateral más importante de financiación en condiciones concesionarias del mundo, comprometió 14.800 millones de dólares en 230 nuevas operaciones en 81 países. De ese total, 12.100 millones fueron a créditos, 2.200 millones a donaciones y 400 millones a garantías.

Por último, solo señalar que los ingresos del BM también se destinan a los gastos generales de la institución.

4. Cuarta etapa (1997-2000): Énfasis en resultados, lucha contra el VIH/SIDA y consolidación de los sistemas sanitarios

A finales de la década de los años 90, el Departamento de Evaluación de Operaciones^F del BM analizó 120 proyectos de HNP ejecutados entre 1970 y 1995 y encontró que sólo el 61% podía calificarse de «moderadamente satisfactorio» o «satisfactorio», mientras que el 79% de los proyectos gestionados por otros departamentos alcanzaba esas calificaciones. Cuatro razones explicaban esta diferencia²⁰:

- Los proyectos de HNP eran demasiado complejos.
- En general, lograban su objetivo de ampliar los sistemas sanitarios, pero tenían dificultades cuando perseguían optimizar su calidad y eficiencia, o introducir cambios institucionales.
- En los países más débiles, el BM no ponía el énfasis necesario en la mejora de los determinantes de la salud que quedan fuera de los sistemas sanitarios como, por ejemplo, las infraestructuras de saneamiento o la contaminación medioambiental.
- Aunque la mayoría de los proyectos de HNP tenían detallados los indicadores clave para medir los resultados alcanzados, por distintos motivos, no se llevaban a cabo los planes previstos de seguimiento y evaluación.

En definitiva, se llamaba la atención sobre la necesidad de que los préstamos de HNP estuviesen respaldados por una planificación rigurosa —que pasaba por conocer las verdaderas necesidades y capacidades del país— y un seguimiento y evaluación más exigentes.

En 1997 se puso en marcha una reorganización del BM para convertirlo en una institución mejor, capaz de mantener un equilibrio entre las necesidades particulares de cada país y la excelencia en los proyectos sectoriales. Lo que se tradujo en una modificación de sus prioridades como lo demuestra el gesto de rebautizar el Departamento de PHN (*Population, Health & Nutrition*) como HNP (*Health, Nutrition & Population*). Aunque los tres componentes seguían siendo los mismos, su orden reflejaba

^F El Operations Evaluation Department (OED) en la actualidad se denomina Independent Evaluation Group.

una nueva jerarquía en sus intervenciones. La nueva etapa se inauguró con un documento de posicionamiento, *Health, Nutrition, and Population, World Bank Sector Strategy Paper* (HNP-1997), donde se establecía que los proyectos debían:

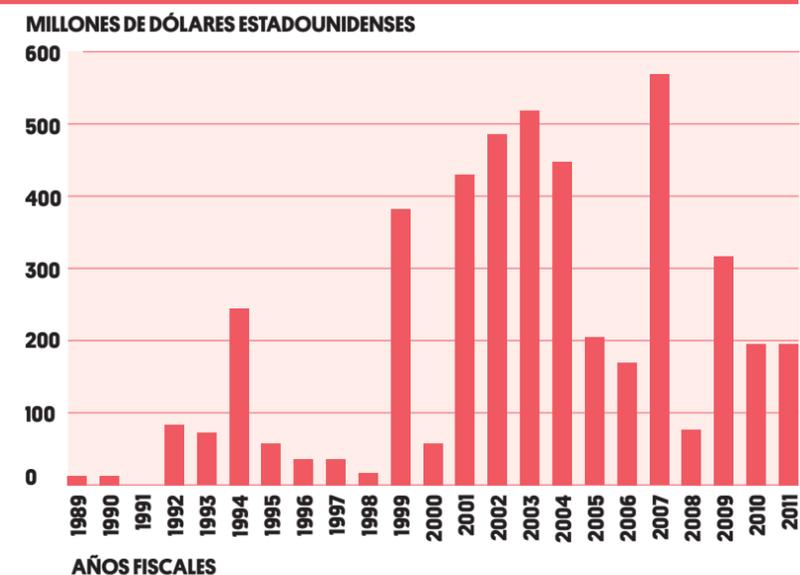
- Seguir orientándose hacia las poblaciones más desfavorecidas con intervenciones dirigidas a protegerlas contra los efectos empobrecedores que provoca la enfermedad, la desnutrición y las altas tasas de fecundidad.
- Continuar, de acuerdo con las recomendaciones del WDR-1993, impulsando el fortalecimiento de los sistemas sanitarios (en términos de equidad, accesibilidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad).
- Ayudar a los gobiernos a consolidar los presupuestos de sus sistemas sanitarios.

En 1998, un año después del lanzamiento del documento estratégico que se acaba de comentar, en el que apenas se decía nada sobre el VIH/SIDA, y tras consumirse más de una década de titubeos con relación a las acciones a tomar para frenar la pandemia que estaba provocando (lo que se debía en parte a la falta de interés que mostraban los gobiernos por el tema), el BM —¡por fin!— vio la urgencia de asistir con decisión a los países en desarrollo más devastados por ella. A tal fin, puso en marcha distintas estrategias para combatir la enfermedad y dio preferencia a los programas contra el VIH/SIDA, a lo que se unió una creciente demanda de asistencia por parte de los países. La primera intervención del BM puede situarse en 1986, en concreto, se trató de un importante préstamo a Nigeria para el sector sanitario donde se incluyeron 150.000 dólares para la adquisición de un equipo para detectar el VIH en sangre. Desde 1989, el BM ha financiado proyectos para el VIH/SIDA por valor de casi 4.600 millones de dólares.

La figura-5 nos muestra, de forma muy clara, las *dos fases* que ha tenido la respuesta del BM con relación a esta virosis y que se comentan escuetamente a continuación²¹.

Durante la *primera fase*, que abarca de 1986 a 1997, las intervenciones del BM en VIH/SIDA fueron muy limitadas, aunque la importancia de la pandemia era conocida de sobra. Un artículo publicado el 27 de octubre de 1986 en el *Times* londinense decía lo siguiente:

Figura 5
Compromisos
anuales del BM
(entre los años
fiscales 1989 y 2011)
para la lucha contra
el VIH/SIDA



Fuente: Banco Mundial²².

«Una epidemia catastrófica causada por el SIDA se extiende por todo el continente africano... La enfermedad ya ha infectado a varios millones de africanos, lo que plantea problemas de salud colosales a más de 20 países... Un informe publicado en una revista científica norteamericana de gran prestigio dice que ‘el SIDA se ha convertido en una importante amenaza para la salud de todos los africanos y la prevención y el control de la infección... deben convertirse en una prioridad inmediata para la Salud Pública de todos los países africanos’²³.

Los pocos prestamos dedicados a este fin eran, sobre todo, resultado de la iniciativa individual del personal técnico que integraba los grupos operativos regionales del BM, por lo tanto, no estaban enmarcados dentro de una estrategia coherente y bien delineada. No obstante, el BM colaboró estrechamente con la OMS en el Programa Mundial sobre el SIDA (*Global Program on AIDS, GPA*). Este período se caracterizó —aunque quizá haya que excluir a la OMS— por la falta de reflejos que tuvieron el BM, la comunidad internacional y los países en desarrollo más afectados por la epidemia, sobre todo los de África. En este continente, algunos gobiernos fueron remisos a tomar las decisiones que exigía el control del VIH/SIDA, bien por los tabúes que rodean a la enfermedad, bien porque veían en ello una distracción de otros objetivos que juzgaban más importantes para el desarrollo²⁴. En resumen, se perdió un tiempo precioso, fueron los «años de plomo».

En la *segunda fase*, que comenzó en 1998 y llega hasta la actualidad, las cosas cambiaron, hubo una importante movilización institucional y el BM jugó un papel más activo, al dar apoyo a sus técnicos y a los países receptores. El informe *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, publicado por el BM en 1997, sostenía que la epidemia mundial del VIH/SIDA era un problema importante y creciente, y que los gobiernos podían —y debían— hacer frente a ella previniendo nuevos casos y mitigando el impacto de los ya existentes. Para ello tendrían que apoyarse en: la epidemiología del VIH, los conocimientos de Salud Pública sobre el control de las enfermedades transmisibles y un adecuado manejo de sus presupuestos. El informe también ponía de relieve que algunas estrategias eran más efectivas que otras y proporcionaba un marco para discernir qué actividades podían realizarse en el ámbito del hogar o ser desarrolladas por el sector privado (incluidas las ONG), y cuáles debían reservarse a los gobiernos de los países o contar con el firme apoyo de la comunidad internacional. Además, recomendaba a los donantes realizar intervenciones ya contrastadas, adaptarse a las características de cada país y centrarse en la financiación de bienes públicos clave. A esta nueva orientación contribuyeron, sin duda, otros importantes acontecimientos como, por ejemplo, los crecientes y abrumadores datos sobre el alcance y el impacto que estaba teniendo la epidemia, la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el desarrollo de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que tuvo su punto de arranque en la 11th International Conference on AIDS celebrada en Vancouver en 1996.

Como parte de la estrategia global del BM contra esta enfermedad contagiosa, en 2000 inició en África el Multi-Country AIDS Program (MAP), con el que se pretendía paliar los efectos de la epidemia del VIH/SIDA a largo plazo, reduciendo la incidencia de la enfermedad en ese continente. También arrancaron otros programas regionales en el Este de Asia y el Pacífico, Europa y Asia Central, Iberoamérica, Oriente Medio y Norte de África. Y en la sede del BM se introdujeron cambios organizativos para atender las actividades relacionadas con el VIH/SIDA que fueron coordinadas por el Global HIV/AIDS Program (creado en 2002) y los equipos regionales, el ACT Africa (AIDS Campaign Team for Africa) o el SARAIDS (South Asia Regional AIDS team).

Hoy la lucha contra el SIDA en África ha cambiado radicalmente, es ahora una empresa compartida que mueve miles de millones de dólares y en la que participa el Fondo Mundial, el BM, la OMS, la ayuda bilateral, la Fundación Gates, ONUSIDA, etcétera. Sin embargo, la eficacia de todos estos esfuerzos bien intencionados y de las burocracias que los administran amerita, sin duda, un análisis, pero esto excede los límites de este informe.

El BM, como acreditaron algunos hechos, inició su andadura en el nuevo milenio admitiendo haber aprendido —a partir de sus experiencias en las últimas décadas— una lección clave: las instituciones o los países que actúan por sí solos no pueden responder a los complejos desafíos que se dan cita en el dominio de la HNP, especialmente cuando afectan de forma muy directa no solo a los individuos, sino también a la comunidad mundial. Por lo tanto, se propuso fomentar el diálogo y las alianzas con otros agentes que anhelaran el logro de resultados (medibles) en la ayuda al desarrollo.

5. Quinta etapa (2001-2006): Objetivos mundiales y alianzas público-privadas. La Edad de Oro de la Salud Internacional

Tras su bendición en el «Consenso de Washington» (1989), la política económica dirigida a la estabilidad macroeconómica, la liberalización del comercio, la reducción del sector estatal y la privatización de algunos servicios públicos se impuso como fundamento teórico de la cooperación para el desarrollo. Sin embargo, los resultados que se cosecharon —a veces catastróficos— pusieron en evidencia que, si se quería erradicar la pobreza en el mundo, era primordial fortalecer las instituciones locales, además de promover el buen gobierno y el capital humano. Así, el BM, bajo el impulso de su nuevo presidente, comenzó a considerar el desarrollo como un proceso integral y multidimensional centrado en los individuos y en las sociedades en las que viven. Este Marco de Desarrollo Integral catapultó los programas de HNP a un lugar central en la misión y las actividades del BM.

Los fundamentos, los fines y las estrategias de la multilateral, recogidos en los documentos mencionados y analizados, sin duda, han inspirando sus actividades y las condiciones con las que ha concedido sus créditos. Sin embargo, cuando se produ-

cía el cambio de milenio, la aparición en el dominio de la SI de la Fundación Gates y otros actores, no solo alteraron su estructura y gobierno al impulsar las alianzas público-privadas (APP), sino que también renovaron el interés de los actores clásicos (BM, OMS, OPS, agencias bilaterales, etcétera) por enfrentarse a nuevos y viejos enemigos como el SIDA, la tuberculosis o el paludismo. Además, ya no bastaba con la obtención de vacunas y medicamentos o con la puesta en marcha de novedosos mecanismos para el control de los vectores infecciosos; había también que refinar los sistemas de información y poner a punto instrumentos de evaluación para medir cabalmente los efectos de las intervenciones sanitarias en las poblaciones pobres. Este reverdecimiento —o, si se prefiere, *Edad de Oro*— de la SI se acompañó, como muestran las figuras 6 y 7, de una mayor disponibilidad de recursos económicos, y de una creciente implicación del BM en las APP. Así, por ejemplo, en 2004, participaba en once^G alianzas que perseguían distintos objetivos, desde la cooperación técnica hasta la promoción de iniciativas, pasando por programas de investigación científica²⁵.

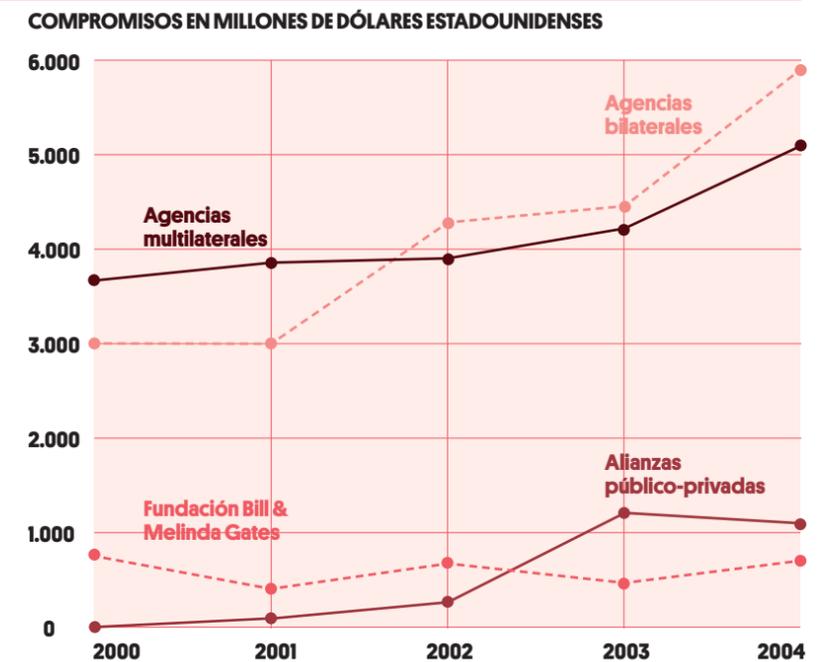
Estos sustanciales cambios en el gobierno de la SI, que habían sido espoleados por realidades tan tristes como la inextinguible epidemia de SIDA o la vieja y devastadora malaria, condujeron a una mayor concentración de los recursos económicos en programas de una sola enfermedad (o una única intervención). Pero a menudo tenían que desarrollarse en el seno de sistemas sanitarios débiles y, por ende, incapaces de coger el relevo. Por lo que el fortalecimiento de las instituciones sanitarias seguía siendo un tema pendiente y preocupante.

^G Las once alianzas en las que participaba el Banco eran las siguientes: Research and Development in Human Reproduction Program; Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases; Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS); Global Forum for Health Research; Roll Back Malaria (RBM); Population and Reproductive Health Capacity Building Program; Stop TB Partnership; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI); Medicines for Malaria Venture (MMV); Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis; y Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM).

6. Sexta etapa (2007-presente): Fortalecimiento de los sistemas sanitarios y logro de resultados

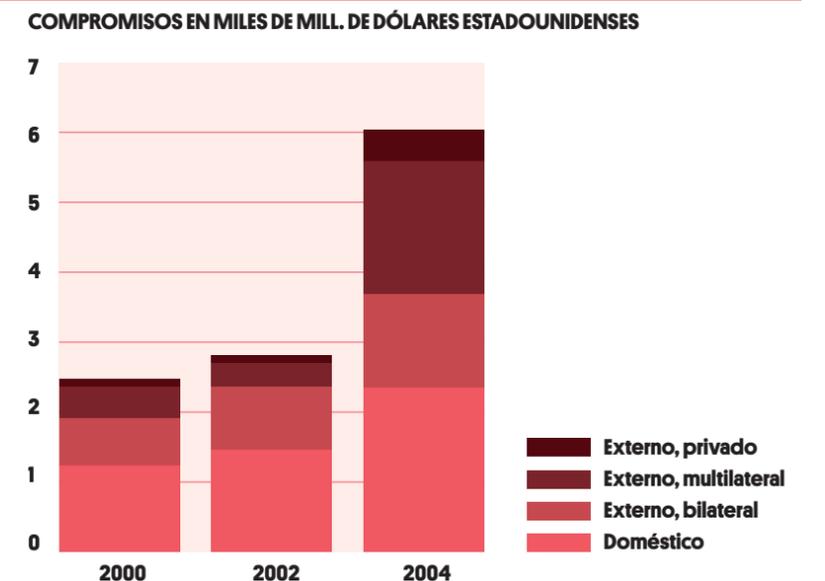
En el documento *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition & Population Results (HNP-2007)*, publicado en 2007, se establecían los objetivos del Banco para la próxima década y las oportunas estrategias para alcanzarlos. Junto a una descripción de las consecuencias que habían tenido para el gobierno de la SI los sustanciales cambios expuestos en el punto anterior, se instaba a la multilateral a repensar la forma de obtener mejores resultados en sus intervenciones sanitarias en los países. El documento pretendía, por un lado, actualizar (y reafirmar) los principios, objetivos y estrategias recogidos en el

Figura 6
Cantidades comprometidas según la tipología de los distintos agentes para la ayuda al desarrollo en Sanidad entre 2000 y 2004



Fuente S. Okie²⁶.

Figura 7
Procedencia (doméstica y externa) de la financiación destinada al VIH/SIDA en los países en desarrollo entre 2000 y 2004



Fuente M. Lewis²⁷.

informe publicado en 1997 (HNP-1997) y, por otro, llamar la atención del compromiso concreto del BM con los *países-clientes* que además son socios (no se pase por alto esta nueva terminología). Lo que no debe entenderse como una ruptura con las APP, sino un simple recordatorio de a quiénes se debe, sobre todo, la institución. A este respecto son muy esclarecedoras las líneas siguientes que están sacadas de las páginas prologales del HNP-2007:

«El documento HNP-2007 actualiza el publicado en 1997 [HNP-1997] y recoge la estrategia del Banco con relación a las actividades de HNP, para lo que se ha tenido en consideración los trascendentales cambios que, en la última década, ha experimentado la estructura de la Ayuda al Desarrollo en el ámbito de la Sanidad... Hace diez años, el Banco era la principal fuente de financiación para los proyectos de HNP. Hoy, además del Banco, nuevos organismos multilaterales, fundaciones e iniciativas juegan un destacado papel como financiadores... La ayuda bilateral también ha aumentado considerablemente. Gran parte de esta nueva financiación se destina a la lucha contra enfermedades prioritarias como el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otros padecimientos prevenibles mediante vacunación; pero una cifra menor se asigna al fortalecimiento de los sistemas sanitarios a nivel nacional, la salud materna e infantil, la nutrición y las prioridades en asuntos relacionados con la población... La *Estrategia* [recogida en el documento HNP-2007] tiene por objeto afinar el enfoque del Banco para el logro de resultados en el terreno; agavillar sus contribuciones en torno a sus ventajas comparativas, en particular, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la financiación y la economía; apoyar a los gobiernos y los programas de la comunidad internacional que permitan alcanzar dichos resultados; y colaborar selectivamente con aliados que actúen a nivel mundial. Este enfoque no pretende restringir las actividades del Banco, ya que son las circunstancias de los países las que deben orientar sus programas»²⁸.

* * *

La organización multilateral más importante en el gobierno de SI no es una institución especializada como la OMS. En las últimas dos décadas, el BM se ha convertido no solo en uno de los grandes financiadores de la cooperación para el desarrollo en el ámbito de la Sanidad, sino también en un referente técnico con capacidad de influir en las políticas sanitarias de los gobiernos. Aunque su peso como financiador de programas de SI pasó de representar un 19% del total en 1997 a un 8% en 2012 —como consecuencia de la aparición de nuevas iniciativas multilaterales, bilaterales y privadas que comenzaron a invertir cantidades

importantes para luchar sobre todo contra las enfermedades transmisibles (véase figura-6)—, todavía es la segunda mayor fuente de financiación multilateral en este dominio de la cooperación (después del Fondo Mundial)¹⁷. Si se comparan las cantidades que ha destinado a la rúbrica NHP en los últimos dos lustros, 2004-2008 frente a 2009-2013, vemos que el esfuerzo financiero del BM se ha duplicado en términos absolutos. En el primer quinquenio la financiación anual media fue de 1.400 millones de dólares, mientras que en el segundo ascendió hasta 2.800 millones de dólares (la comparación se ha hecho con los datos de la tabla-4, p. 56). Además, el BM se encuentra entre los contribuyentes más importantes del mundo para los programas de lucha contra el VIH/SIDA. Desde 1989 ha desembolsado para este fin más de 4.600 millones de dólares.

El principal objetivo del BM dentro de la ayuda al desarrollo en el ámbito sanitario es mejorar el estado de salud de las personas más pobres y vulnerables, como parte de su objetivo general de *reducir la pobreza en el mundo*. La idea de que el crecimiento económico y una buena salud son las piezas nucleares de un círculo virtuoso que robustece el progreso inspira muchas de sus actuaciones y, por ende, determina las condiciones que van atadas a la financiación que pone a disposición de los países más pobres.

Hay que reconocérselo, el BM lleva décadas abanderando la idea, aunque no sea original, de que la mala salud de la población constituye una barrera insalvable para superar la pobreza y lograr un desarrollo económico de largo alcance. Otra consideración, sin embargo, ameritan los resultados que a veces se han cosechado con ciertos instrumentos financieros de los que se ha valido para intentar conseguir sus objetivos. Esto fue lo que sucedió con las políticas de contención del gasto, sobre todo, en los años 80, que supuso la reaparición de muchas enfermedades en África que estaban casi controladas desde la etapa colonial.

Un papel tan predominante en el gobierno de la SI tiene, por fuerza, que ser controvertido. Sin pretender ser exhaustivos, las críticas que ha recibido el BM —unas más justificadas que otras— comprenden desde la descalificación por utilizar sus intervenciones en HNP como un medio para forzar a los países a aceptar la economía de mercado, hasta subrayar la estrechez de su concepto de salud que no va más allá de la mera ausencia de enfermedad, sin pretender el bienestar físico y mental de los individuos; pasando por denunciar que su énfasis en el papel

beneficioso de la buena salud en el desarrollo económico ha supuesto imponer a los países los Programas de Ajuste Estructural, que provocaron en muchos de ellos precisamente un deterioro de sus precarios sistemas sanitarios. Sin olvidar los que consideran —quizá con cierta ingenuidad— que hemos entrado ya en la era del gobierno poswestfaliano, y el Banco sigue comportándose como una institución estatista²⁹, que utiliza sus intervenciones sanitarias —junto con las que lleva a cabo en otros sectores— como un mero instrumento para ordenar y coordinar a los distintos estados.

Pero, a pesar de estas críticas y otras que también se pueden hacer (como las relacionadas con sus procedimientos o su subordinación a los intereses de EEUU), el Banco va a seguir jugando un papel predominante en el gobierno de la SI. Los casi 70 años de historia de esta institución multilateral nos demuestran que —a pesar de su voluminosa burocracia y sus tropiezos— tiene una gran habilidad para reinventarse y aprender de sus equivocaciones. Por lo que con toda probabilidad y siendo consciente de los profundos cambios que se están operando en el gobierno de la SI (donde la lista de actores se ha hecho casi interminable, véase tabla-2 del capítulo 5^o), la crisis económica que afrontan actualmente los países donantes y el papel cada vez más destacado de las potencias emergentes (los BRICS), esté ya empeñada en un nuevo cambio. Pues como ha señalado su nuevo presidente (que tomó posesión el primero de julio de 2012), el doctor Jim Yong Kim, en una comparecencia reciente: «Un aspecto cardinal de mi responsabilidad, en los próximos cinco años, consistirá en lograr que las virtudes que distinguen al Banco estén en consonancia con las necesidades de un mundo en transformación y transición»³⁰.

En todo caso, no olvidemos que los temas sanitarios son tan importantes para el BM que en medio del hall de su sede central, la única estatua que existe, esculpida en bronce, es la de un anciano ciego (a causa de la oncocercosis) guiado por un joven.

Las enfermedades habituales, en particular las endémicas, suponen mucho dolor, tristeza, gasto y pérdida de prosperidad... [Pero] es la regla gastar de mala gana cien libras para una enfermedad que cuesta miles.

Sir Ronald Ross, *The prevention of malaria*, 1910¹.

03 Organización Mundial de la Salud. De las intervenciones verticales a los programas de salud a «la carta»

CUANDO SE ESCRIBEN líneas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), según informa su sitio web², da trabajo en todo el mundo más 8.500 personas (el BM emplea 9.000), que se reparten en 147 países. Su sede central está en Ginebra (Suiza) y, además, cuenta con seis Oficinas regionales (África, América, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental) y 145 Oficinas de país (dirigidas sobre todo a dar apoyo técnico a los ministerios de Sanidad). En sus dependencias pueden encontrarse médicos, salubristas, epidemiólogos, bioestadísticos, científicos, periodistas y documentalistas; además de expertos en comunicación, finanzas, sistemas administrativos, economía de la salud, etcétera. Para bien o para mal, a lo largo de su historia, esta gigantesca organización ha ido perdiendo protagonismo y credibilidad en el gobierno de la Salud Internacional (SI). Hace ya dos décadas, la doctora Fiona Godlee, hoy directora del *British Medical Journal*, se refería al papel de la OMS en estos términos:

«La gente sabe que existe y muchos están al tanto de que ha erradicado la viruela, pero pocos tienen una idea clara de qué es lo hace... Los médicos que trabajan en los países en desarrollo respetan a la OMS por su asesoramiento técnico y apoyo, pero critican su despilfarro en salarios y burocracia... Su lema, *Salud para todos en el año 2000*, forma parte del vocabulario internacional, pero pocas personas, aparte de sus forofos, creen que el objetivo se pueda lograr o saben cómo la OMS pretende alcanzarlo»³.

Sin embargo, a principios del nuevo milenio, bajo la dirección de la doctora G. H. Brundtland, aunque seguía siendo una organización controvertida, su reputación mejoró algo. La nueva directora se había propuesto que la OMS volviera a ocupar el lugar prominente que le correspondía en el gobierno de la SI. Por lo que se decidió a atacar los dos grandes frentes que tenía abiertos la institución: falta de recursos económicos y baja consideración internacional. Para fortalecer la situación financiera y atraer fondos externos para sus iniciativas buscó la colaboración con varias «alianzas público-privadas» que perseguían objetivos específicos, por ejemplo, la Roll Back Malaria (1998), la Alianza Global (1999) o la Stop TB (2001), lo que resultó ser un excelente aglutinante para distintos donantes privados (como la Fundación Gates); profundizó en su relación con otras instituciones de la ONU (UNICEF y ONUSIDA), ONG y agencias bilaterales y multilaterales. Con respecto al segundo frente, recuperar el prestigio, entre otras cosas, impulsó una Comisión sobre Macroeconomía y Salud (véase p. 22 y 23), presidida por

Jeffrey Sachs, en la que incluyó exministros de economía y especialistas procedentes de la ONU, el BM, el FMI o la OMC. El informe que elaboraron, aunque recibió críticas, volvió a remachar la idea de que la mejora de la salud en los países en desarrollo es esencial para su crecimiento económico. Además de identificar aquellas enfermedades que reclamaban una intervención bien orientada.

Desde comienzos de la década pasada, la OMS ha puesto en marcha docenas de nuevos programas con una gran variedad de socios dirigidos a promover la SI, ha hecho valer —siempre que ha tenido ocasión— sus conocimientos técnicos y ha utilizado sus relaciones internacionales al más alto nivel para influir en las agendas políticas. Prueba de ello es que entre los Objetivos del Milenio (ODM), los relacionados directamente con la salud tienen un peso muy importante.

En 2002, con la participación activa de la ONU y su Secretario general, entonces Kofi Annan, creó el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Al año siguiente, la Asamblea Mundial de la Salud (*World Health Assembly, WHA*)^A, sancionó su primer tratado internacional al amparo del artículo 19 de su Constitución: el *Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Y, en 2005, aprobó ciertas modificaciones del *Reglamento Sanitario Internacional*, que entraron en vigor el 15 de junio de 2007, y que constituyen materia de obligado cumplimiento para 197 países. El proceso había comenzado 40 años antes.

A esta última etapa de la OMS, aunque se aprecia la voluntad de sus tres últimos directores por recuperar el papel de la Organización en el gobierno de la SI, no le faltan censores. Desde los que hacen notar el oportunismo de ciertas actuaciones, como es el caso del director de *The Lancet*, Richard Horton, que escribió lo siguiente:

«Con relación a sus críticas al tabaco, Brundtland fue apasionada, política y rotunda. Pero fue muy poco acertado que no hablara con más claridad y contundencia sobre las responsabilidades que a nivel mundial tiene la industria farmacéutica»⁴.

Hasta los que sostienen que sigue sin acabar de encontrar su camino. Así, con ocasión del nombramiento de Margaret Chan^B en 2006, Ruth Levine, una experimentada especialista en SI, lanzaba la siguiente pregunta (con respuesta incluida):

«¿Se halla la OMS, que recibió el mandato —cuando se fundó en el año 1948— de ser la ‘autoridad que dirigiera y coordinara la sanidad internacional’, en el camino correcto? La respuesta en este momento es definitivamente ‘no’. Sin embargo, anda en demasiados asuntos a la vez...»⁵.

Tampoco ha ayudado a mejorar su imagen la gestión de la falsa pandemia de gripe iniciada en la primavera de 2009 y producida por el virus H1N1/09, que clasificó de alerta máxima (nivel 6). Muchos países adquirieron cantidades enormes de vacunas y antivirales que nunca usaron. La OMS estimó que habían fallecido 18.500 personas, aunque en 2012 un estudio calculó que la mortalidad podía haber alcanzado la cifra de 280.000. Hay que recordar que, según los datos de la OMS, una gripe normal deja tras de sí entre 250.000 y 500.000 muertes en todo el mundo⁶.

Pero para entender la raíz de los problemas de la OMS hay que remontarse más atrás y contestar a una pregunta: ¿Por qué el BM, que nunca ha tenido el mandato oficial de coordinar el gobierno de la Sanidad Internacional, llegó a convertirse en los años 90, de facto, en el organismo multilateral con más influencia en este ámbito? Tres circunstancias pueden dar cuenta de esta peculiaridad⁷:

I. Como ya se ha explicado (véase p. 40), el BM añadió a su portafolio los proyectos sanitarios a través de los programas de planificación familiar que inició a comienzos de los años 70. Sin embargo, no fue hasta la década siguiente cuando empezó a financiar directamente programas sanitarios y a intervenir con más decisión en este sector, en parte, porque tuvo que participar —junto con el FMI— en la implementación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) y la reforma neoliberal que se impulsó en los países receptores de la ayuda al desarrollo. Entre tanto, la OMS, que había brillado con luz propia en la década de los años 70, cometió el error de mezclar los conocimientos técnicos con la política, y acabó teniendo la imagen de organización politizada. Algunos vieron la Declaración de Alma-Ata cargada de idealismo, muy cara de desarrollar y demasiado próxima a los postulados del socialismo. Esto hizo que muchos políticos estadounidenses —y también de otros Estados Miembros— desconfiaran de las motivaciones OMS. Mientras que el BM se percibía cada vez más como una institución aséptica que llamaba la atención por unos informes llenos de cifras y datos que eran redactados por sus reputados profesionales. Además,

A La *World Health Assembly* (Asamblea Mundial de la Salud) es el órgano de decisión supremo de la OMS. Se reúne en Ginebra en mayo de cada año con la asistencia de delegaciones de los Estados Miembros. Sus funciones principales son determinar las políticas de la Organización, designar al Director General, supervisar los estados financieros, y revisar y, si procede, aprobar el programa de presupuesto propuesto.

B En el momento de ser elegida directora general, cargo en el que estará hasta 2017, ocupaba el puesto —dentro la Organización— de subdirectora general de Enfermedades Transmisibles y Representante del director general para la gripe pandémica. Antes había ejercido durante nueve años como directora de Salud en Hong Kong, donde afrontó el primer brote en seres humanos de gripe aviar por el virus H5N1, surgido en 1997. En 2003 había coordinado las acciones encaminadas a combatir el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) en Hong Kong.

como en las instituciones *hermanas*, a diferencia de lo que sucede en la OMS (donde en sus WHA rige el principio de «un país, un voto»), el peso de cada miembro depende del número de las acciones que posea, ciertos países prefirieron financiar a las multilaterales, pues podían utilizar esa ventaja para conseguir sus objetivos en el ámbito de la cooperación.

2. Si a lo expuesto, le sumamos la crisis económica que se vivió en la década de los años 80 (véase p.99), no puede sorprender que el presupuesto de OMS se viera congelado en términos reales en 1980. Esto significó el comienzo de su declive, pues una organización internacional sin recursos financieros carece de influencia. Mientras su presupuesto se encogía, el BM tenía cada vez más fondos para prestar. Sin duda, los gobiernos de los países pobres no debían sentirse muy cómodos con los PAE asociados a los créditos del BM, pero tampoco tenían muchas opciones para financiarse. En 1990, los préstamos del BM dirigidos al sector salud superaban el presupuesto de la OMS. Por lo que ésta tuvo que hacer de la necesidad virtud e incrementar paulatinamente su colaboración con el BM⁸.

3. Pero la OMS no solo tenía un importante problema financiero, sino también un problema que siempre erosiona la reputación de una institución: falta de objetivos, organización y coherencia. A lo que no ayudó precisamente el nombramiento del doctor Hiroshi Nakajima como Director General (1988-1998). A lo largo de su mandato, recibió frecuentes críticas por ejercer una dirección carente de imaginación y ser incapaz de devolver a la OMS el destacado papel que había jugado en la SI. EEUU y otras naciones occidentales se opusieron a su elección en dos ocasiones, argumentando su falta de liderazgo y la burocratización que consumía a la institución. Incluso hubo denuncias por el hecho de que Japón, de donde era oriundo el doctor Nakajima, había adjudicado contratos de investigación a 23 de los 31 miembros del Consejo Ejecutivo (*Executive Board*)^c de la OMS que habían recomendado su reelección en 1993. Una auditoría dictaminó que los contratos —el mayor de ellos alcanzaba la cifra de 150.000 dólares— eran técnicamente legales, aunque el presidente del Consejo Ejecutivo, Jean-François Girard, tuvo que hacer notar el «problema ético» al que se enfrentaba el director de la Organización⁹. Asuntos de toda laya empañaban la credibilidad de la OMS y la distanciaban del BM que, aunque no suscitaba grandes afectos, se presentaba como una institución sólida, apolítica, con abundantes recursos financieros y cada vez

^c El Consejo Ejecutivo está integrado por 34 personas de perfil técnico, cada uno de los cuales es nombrado por un plazo de tres años por un Estado Miembro que, a su vez, ha elegido la WHA para llevar a cabo dicho nombramiento. El Consejo se reúne al menos dos veces al año. La reunión principal tiene lugar normalmente en enero, seguida de una segunda reunión, más breve, en mayo, justo después de celebrarse la WHA. Sus principales funciones consisten en hacer efectivas las políticas y las decisiones acordadas por la WHA, además de asesorarla y facilitar su trabajo.

más alineada con su misión: *luchar contra la pobreza*. Por lo que no le resultó muy difícil llenar el vacío que había dejado la OMS en el gobierno de la SI.

Aclarado este tema, que es crucial para entender el cambio que ha experimentado la OMS desde lo que fueron sus inicios, pasemos ahora a repasar su historia a través de las *cuatro etapas* (véase tabla-1) que ha identificado Sara Davies¹⁰. Esta división facilita mucho la comprensión de la evolución que ha experimentado y hemos repasado —de forma sumaria— en los párrafos precedentes.

Tabla 1
Etapas de la historia
de la OMS desde su
creación a nuestros días

ETAPAS	PERÍODO	ACTIVIDADES E INFLUENCIA	DIRECTORES GENERALES
I	De 1948 a mediados de la década de los 70	Marcado carácter técnico. Acento en enfermedades infecciosas concretas. Campañas de erradicación y vacunación. Característico de esta etapa (¡y aún vigente!): Programa Ampliado de Inmunización (1974)	· B. Chisholm, Canadá, 1948-1953 · M. G. Candau, Brasil, 1953-1973
II	De mediados de la década de los 70 a mediados de la de los 80	Aunque se erradica la viruela (1980), el énfasis se pone en los «determinantes de la salud». Intervenciones guiadas por el «humanitarismo», el fortalecimiento de la Atención Primaria y la promoción de la equidad. La OMS se «politiza». Característico de esta etapa: conferencia de Alma-Ata (1978) y «Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud» (1986)	· H. Mahler, Dinamarca, 1973-1988
III	De mediados de la década de los 80 a finales de la de los 90	Su presupuesto sufre importantes recortes, sus programas son tildados de «neoliberales» y su influencia y prestigio declinan. Intenta volver a su perfil más técnico. Colabora con el BM y acaba eclipsada por él.	· H. Nakajima, Japón, 1988-1998
IV	De finales de la década de los 90 hasta hoy	Intenta de nuevo recobrar su antiguo liderazgo («Programa 3x5»). Presupuestos escasos que trata de compensar colaborando con ONG, multilaterales financieras y «nuevos actores». Problemas de credibilidad (SARS, 2003; gripe A, 2009) y dificultades para encontrar su papel en el cada vez más complejo mundo de la Salud Internacional	· G. H. Brundtland, Noruega, 1998-2003 · L. Jong-Wook, Corea del Sur, 2003-2006 · A. Nordström, Suecia, 2006-2007 · M. Chan, China, 2007-2017

Fuente Elaboración propia a partir de información tomada de Sara Davies (2009) y otros autores.

1. Primera etapa

Fue la más larga y, quizá, la más brillante. Por razones que no hay que explicar, al finalizar la Segunda Guerra Mundial la necesidad de intervenciones médicas de todo tipo era enorme, y las nuevas instituciones creadas para ayudar a la reconstrucción —o, si se prefiere, al desarrollo de los países— tenían entre sus finalidades impulsar la atención sanitaria. La OMS se constituyó formalmente en 1948 como la agencia de Naciones Unidas especializada en sanidad. Pero también se crearon otras organizaciones con cometidos relacionados con los asignados a la OMS; a saber, la UNICEF, fundada en 1946, y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) que inició sus actividades en 1951.

La OMS sucedió a la Organización Sanitaria de la Sociedad de Naciones (véase p.15) y, por lo tanto, compartió muchos de sus fines. Por encima de todos, el ideal de *universalidad*. Que fue —y sigue siendo— el aspecto más nuclear de su mandato, tal como se establece en su Constitución³ (Cap. I, art. 1º)^D, donde se señala que su objetivo es «alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud».

El primer problema con el que se encontró la OMS fue que su constitución tuvo que ser ratificada por los Estados Miembros, un proceso que resultó muy lento, pues en 1949 solo habían firmado 14 países. El contratiempo lo solucionó el tiempo. Pero desde el principio la han acompañado dos dificultades que de una manera u otra nunca han dejado de estar presentes. La primera reside en el hecho de que EEUU, el principal contribuyente a su presupuesto, ha jugado a lo largo de la historia un papel, cuando menos, ambiguo. Pues, aunque no objeta los fines generales que persigue la OMS, siempre ha recelado —en mayor o menor grado— de sus intervenciones en todo el planeta en nombre de la SI. Prevención que ha tenido su correlato en las aportaciones con las que, en cada momento, ha contribuido a su mantenimiento. Mientras que la segunda dificultad emana de su vulnerabilidad al entorno político. La *Guerra Fría*, la descolonización de África, el surgimiento de los movimientos nacionalistas y socialistas, el neoliberalismo, etcétera, han dejado una huella —a veces— demasiado profunda en la Organización.

Sin embargo, en esta primera etapa, su trabajo estuvo guiado por criterios eminentemente técnicos y una decidida voluntad

^DLa «Constitución» fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, entró en vigor el 7 de abril de 1948.

de ejecutar programas verticales que tenían el objeto de reducir la morbi-mortalidad de enfermedades específicas, tales como la viruela, la malaria o la desnutrición. Fue una etapa que coincidió con el descubrimiento de la penicilina y otros antibióticos, el desarrollo de un importantísimo número de vacunas y la invención de dispositivos para la vacunación masiva como el inyector a chorro. Al punto que en 1959 la WHA vio propicia la ocasión para poner en marcha un programa para erradicar la viruela que, con la ayuda de EEUU (fue muy importante el apoyo del presidente Lyndon Johnson en 1965) y otros países, se convirtió en 1967 en el *Intensified Smallpox Eradication Program*, que dirigió con gran éxito el médico estadounidense Donald A. Henderson hasta lograr la erradicación de la enfermedad.

Hay que decir que, desde sus inicios, la erradicación de la viruela fue uno de los grandes objetivos —si no el primero— de la OMS. En 1958 Víktor M. Zhdánov (1914-1987), virólogo y viceministro de Sanidad de la URSS, presentó a la WHA una ambiciosa propuesta para su erradicación, que fue aprobada en 1959 (Resolución WHA11.54) y constituyó el punto de partida de un esfuerzo que, respaldado por todos los Estados Miembros, se mantuvo durante lustros. Finalmente, el 8 de mayo de 1980, la WHA admitió el Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela, y en su resolución WHA33.3 declaró que se había alcanzado el objetivo a nivel mundial. De esta forma se puso en duda la idea —tan común hasta entonces— de que las enfermedades infecciosas no podían ser erradicadas¹¹.

Sin embargo, en la WHA de 1969 se produjo una reorientación de las actividades de la OMS, al aceptarse que no era posible erradicar la malaria en muchas partes del mundo; esto motivó la necesidad de impulsar el desarrollo de los sistemas sanitarios rurales e integrar el control de esa parasitosis y otros padecimientos en los servicios generales de salud. En 1971 el Consejo Ejecutivo solicitó —con el apoyo entusiasta del representante de la antigua URSS— un informe que analizase cuáles debían ser los servicios sanitarios básicos para un país, los resultados se presentaron en la WHA celebrada en 1973¹².

2. Segunda etapa

Coincide con el tiempo que Halfdan Mahler (1973-1988) ejerció como director general en la Organización. En este período se dieron los pasos necesarios para transformar el viejo modelo de asistencia sanitaria en lo que hoy se conoce como Atención Primaria, esto es, en unos servicios más holísticos y horizontales con los que se pudieran atajar la amplia gama de problemas que afectan a la salud humana. A este cambio contribuyó tanto el ideal del «humanitarismo» promovido por el doctor Mahler, como la insistencia de países como la URSS en promover otro tipo de medicina, las experiencias y puntos de vista de los médicos y las ONG que trabajaban en zonas depauperadas, o el interés que despertó la transformación de la medicina rural china llevada a cabo por los «médicos descalzos». Transformación que había sido impulsada por Mao Zedong como solución al modelo de medicina urbana y centralizada que sufrían un elevadísimo porcentaje de ciudadanos chinos, novedad que fue anunciada en 1968 en la revista de teoría política *Bandera Roja* (desde 1988, *Qiushi*)¹³. Pero el nuevo modelo de servicios sanitarios, que compendia la Atención Primaria y que fue bendecido en la Declaración de Alma-Ata (1978), no estuvo ni tan siquiera al abrigo de desacuerdos entre sus promotores.

En la medida de lo posible, Mahler tuvo que templar la pretensión de los países en desarrollo de que la OMS instase a las naciones donantes a financiar proyectos que fortalecieran la Atención Primaria, siguiendo el modelo propuesto por los Países No Alineados y la URSS. Pues era consciente del (excesivo) protagonismo que estaban teniendo los soviéticos y sus satélites en esta reorientación de los servicios sanitarios. Además, no le acababa de convencer del todo el modelo que patrocinaban. Como ha señalado Litsios, «no solo lo consideraba excesivamente centralizado, ya que dejaba pocas posibilidades para el cambio de 'abajo a arriba', sino también demasiado medicalizado»¹⁴. Mahler buscaba la *via media* entre los que deseaban que la OMS se centrara en la Atención Primaria y los querían que se siguiese como siempre, esto es, trabajando en resolver problemas técnicos y en controlar y erradicar enfermedades específicas.

Como es sabido, la Declaración de Alma-Ata no entusiasmó a algunos Estados Miembros, y particularmente a EEUU, el gran financiador de la OMS, que no vio con buenos ojos este ensanchamiento de la misión de la OMS. Pero esto llovía sobre

mojado. Ya en 1976 William Scranton (1917-2013), entonces embajador (1976-1977) de EEUU en la ONU, había denunciado —a raíz de que en la WHA se debatieran temas como la cuestión Palestina— la politización de la OMS en estos términos:

«La ausencia de equilibrio, la falta de perspectiva y la intromisión de la OMS en cuestiones políticas que no son de su responsabilidad desacredita a la propia ONU»¹⁵.

No solo EEUU, sino también otros gobiernos y organismos, calificaron el proyecto de Atención Primaria de la OMS de demasiado idealista y, por ende, de algo inalcanzable. La principal crítica iba dirigida a su lema: *Salud para todos en el año 2000*. Por lo que en 1979 la Fundación Rockefeller auspició una conferencia en Bellagio (Italia), bajo el rótulo de *Health and Population in Development*, que contó entre sus asistentes con el presidente del BM, la secretaria ejecutiva de UNICEF, el administrador de la USAID y el vicepresidente de la Fundación Ford. El desarrollo del encuentro se basó en un texto titulado *Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries*, que recogía una alternativa a la Atención Primaria patrocinada por la OMS. Se trataba de una propuesta de carácter más «selectivo», al contemplar unas prestaciones médicas que permitieran realizar «intervenciones de bajo coste adecuadas para los problemas sanitarios de los países pobres» y que, además, fueran fáciles de supervisar y evaluar. Esto último debía servir, también, de antídoto contra la fatiga de los donantes que ya empezaba a hacerse patente por la falta de resultados (véase p. 102)¹⁶. En 1982, el director ejecutivo de la UNICEF, James P. Grant (1980-1995), frustrado por la falta de intervenciones que siguieron a Alma Ata, impulsó una estrategia de Atención Primaria «selectiva», que comprendía cuatro intervenciones de bajo coste y que en conjunto se conocieron como GOBI: vigilancia del crecimiento (*growth*), rehidratación oral (*oral rehydration*), lactancia materna (*breast-feeding*) y vacunas (*immunizations*) contra difteria, tos ferina, tétanos, poliomielitis, tuberculosis y sarampión. Más tarde, estas intervenciones se ampliaron y recibieron el nombre de GOBI-FFF por incluir también: enseñanza para la mujer (*female*), alimentos (*food*) y planificación familiar (*family planning*)¹⁷.

Una de las preocupaciones del doctor Mahler, como ya se ha dicho, fue mantener a la OMS haciendo su clásico trabajo técnico, dirigido a resolver problemas de salud concretos,

por lo que no dejó de impulsar intervenciones coste-efectivas que todavía perduran. Ejemplos de ellas son los programas de vacunación; la promoción de la lactancia materna frente a las fórmulas maternizadas, que daría lugar al *Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna* (1981); la mejora en 1984 de la fórmula de las sales para la rehidratación oral (introducida por la OMS en 1969)¹⁸; o la conocida *Lista de Medicamentos Esenciales* que vio la luz en 1977 y que en 2011 ha alcanzado su 17ª edición.

3. Tercera etapa

Ésta se desarrolló bajo la dirección (1988-1998) del controvertido doctor Hiroshi Nakajima. Durante este tiempo, la Organización volvió a retomar sus iniciativas técnicas, aunque teñidas —en esta ocasión— de neoliberalismo. La nueva acusación estaba en relación con el momento económico que se vivía, caracterizado por la estanflación y el endeudamiento de los países en desarrollo, a los que les recetaron como solución los Programas de Ajuste Estructural (a través de los préstamos del BM y el FMI) y las orientaciones emanadas del «Consenso de Washington» (1989). La prominencia de los principios de libre mercado y de austeridad en el gasto público supuso para la OMS, por un lado, la congelación de sus presupuestos y, por otro, la promoción de un modelo de atención sanitaria donde la participación del estado debía reducirse. Durante este tiempo la OMS vio como el BM eclipsaba su liderazgo en el gobierno de la SI.

En contraste con lo que había sucedido en la etapa anterior, la voz de la OMS dejó de escucharse en las reuniones internacionales, donde no se pronunciaba —al menos de manera abierta— en asuntos tales como las consecuencias que podría tener para el estado de salud de la población la introducción de copagos por parte de los usuarios de los servicios sanitarios de los países pobres. Así, mientras UNICEF promovía la *Iniciativa de Bamako* en 1987 (véase p. 101), la institución permanecía *silenciosamente* en contra¹⁹. Quizá, para sobrevivir, como a muchos países en desarrollo, no le quedó más remedio que subirse al carro de la reforma de los sistemas sanitarios emprendida por el BM (y el FMI).

En este contexto nada favorable, la OMS intentó reconquistar el terreno perdido como coordinador y referente de las iniciativas en SI. Así, en enero de 1992, los 31 miembros de su Consejo Ejecutivo tomaron la decisión de nombrar un grupo de trabajo que analizase la estrategia que debía seguir la OMS ante el *cambio global* al que el mundo estaba asistiendo y, de esta forma, volver a ocupar el lugar que le correspondía. Tal vez, la Organización se sintiera especialmente amenazada por la Children's Vaccine Initiative (CVI), propuesta en el World Summit for Children celebrado en Nueva York en 1990, al contar con el patrocinio de la UNICEF, el BM, el PNUD, la Fundación Rockefeller y otros agentes que «intentaban arrebatarles el control sobre el desarrollo de vacunas»²⁰. El informe final del grupo de trabajo estuvo listo en mayo de 1993 y recomendaba, para que la OMS mantuviera (o recuperase) su liderazgo, lo siguiente: a) poner más énfasis en los asuntos y la coordinación de todo lo relacionado con la SI; b) corregir la fragmentación a la que estaban expuestos sus programas mundiales, regionales y nacionales; y c) disminuir la competencia que existía dentro de la Organización entre los programas financiados con los presupuestos ordinarios y las contribuciones finalistas extrapresupuestarias (luego se explicará esto con más detalle)²¹. Sin duda alguna, había que hacer algo, pues la situación de la SI a mediados de la década de los años 90 la retrataba B. Stenson de esta forma:

«Los servicios de salud se están desintegrando en muchos países por falta de recursos... La pandemia del SIDA amenaza con acabar con los avances sanitarios en muchas partes del mundo. El BM, en particular, gracias a su informe *Invertir en Salud* [1993], cada vez tiene un mayor liderazgo en la Salud Internacional. Mientras tanto, la OMS está ocupada en tratar de reciclar su estrategia Salud para todos»²².

La baja estima con la que contaba la Organización y su director, el doctor Nakajima, quedó reflejada en el *Washington Post*, que celebró la salida de éste en 1998 con este titular: «¡Por fin!»²³. No debe sorprender que, tras esta etapa, la WHA buscara fuera de las filas de la OMS a su nuevo director: alguien con otra visión, alguien que fuese capaz de recuperar la reputación y la gloria perdidas. La elegida fue la doctora Gro Harlem Brundtland, cuya actividad ha sido comentada más arriba.

4. Cuarta etapa

El comienzo de esta última etapa lo señaló el nombramiento de la doctora Brundtland como directora general, esto supuso un cambio de rumbo para la OMS. Desde entonces, todos los directores generales (véase tabla-1), aunque con estilos y énfasis distintos, han tenido como objetivo recobrar la credibilidad e influencia de las que disfrutó la Organización en el gobierno de la SI. A tal fin, pusieron en marcha políticas dirigidas a: a) despolitizarla; b) volver a llamar la atención sobre la relación que existe entre salud, desarrollo económico, estabilidad política e, incluso, seguridad internacional; c) estudiar y controlar las enfermedades no solo las transmisibles, sino las no trasmisibles (como lo demuestra el hecho de que la OMS haya dedicado el Día Mundial de la Salud, el 7 de abril, a la salud mental en 2001, al envejecimiento en 2012 o a la hipertensión arterial en 2013)^E; y d) colaborar abiertamente —como remedio contra su deficitaria financiación— con la enorme variedad de actores (países donantes, multilaterales, ONG, fundaciones, filántropos, alianzas público-privadas, etcétera) que, cuando alboreaba el siglo XXI, empezaron a intervenir activamente en la SI y que en la actualidad superan casi los dos centenares²⁴.

En 1949, que fue el primer año completo de funcionamiento, la OMS contó con un presupuesto de 5 millones de dólares. Sesenta años más tarde dispone de unos 4.000 millones dólares de presupuesto bianual. Pero un análisis de sus finanzas, enseña evidencia un importante cambio en la manera en que la comunidad internacional la asigna fondos, que condiciona su forma de concebir y ejecutar sus programas. Para entender esto —seguimos a J. Youde²⁵—, hay que empezar explicando que su presupuesto es la suma de dos partidas (véase tabla-2):

1. Una que se conoce como «Contribuciones señaladas» (*Assessed Contributions, AC*), con la que cubre los gastos generales, los programas sanitarios anuales y ciertas actividades de investigación, correspondiendo a la WHA su distribución y control. Todos los Estados Miembros deben hacer su aportación —mediante una cuota anual— a estos fondos ordinarios de la OMS, siguiendo una fórmula que tiene en cuenta el tamaño de la población y el PIB de cada país, y que fue fijada en 1982. Aunque las naciones pueden expresar en la WHA sus criterios acerca de cómo debe gastarse este presupuesto, no pueden imponer su punto de vista.

^EEn 2011 la OMS trazó el *mapa de las enfermedades no transmisibles* en 193 países e identificó las cuatro causas principales de mortalidad en el mundo: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes (www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/NCDs_profiles_20110914/es/index.html). Ese mismo año, la Asamblea General de la ONU celebró una reunión especial para abordar precisamente el tema de las *enfermedades no transmisibles* a escala mundial. Fue la segunda ocasión —la primera versó sobre el VIH/ SIDA— en la que se examinó un tema relacionado con la salud en una reunión al más alto nivel de la ONU (www.who.int/features/2011/year_review/es/index.html).

Con relativa frecuencia, los Estados Miembros obvian el abono de la cuota que les corresponde para el mantenimiento de las AC. Así, por ejemplo, en 2001, solo el 61% había hecho efectiva la totalidad de la cantidad que tenía asignada, mientras que un 25% no realizó pago alguno. Puede decirse, sin embargo, que aquel no fue un mal año: en 1992 solo el 49% estaba al corriente de sus pagos. Como revulsivo para esta situación, la OMS en 2005 tuvo que suspender temporalmente el derecho a voto a 20 países por morosos.

2. Y otra que procede de los fondos extrapresupuestarios y que se denomina «Contribuciones voluntarias» (*Voluntary Contributions, VC*); estas contribuciones constituyen la mayor parte del presupuesto que maneja en la actualidad la OMS (véase figura-1). Como su nombre indica, son discrecionales, tienen por objeto financiar proyectos concretos y las hacen no solo los Estados Miembros, sino también otros agentes (distintos organismos de UN, fundaciones privadas o multilaterales, véase figura-2). Estos recursos, en lugar de ir dirigidos a sufragar actividades que tienen un carácter mundial y, por lo tanto, entrar a formar parte de las AC, atienden determinados intereses de los países. Y, como son éstos los que deciden qué debe hacerse con su dinero, la WHA —a diferencia de lo que sucede con las AC— apenas si tiene control sobre dichas contribuciones. Estas cuantiosas partidas provienen en una importante proporción de cinco países: EEUU, GB, Alemania, Canadá y Noruega²⁶. Su crecimiento a lo largo del tiempo, no solo ha significado un cambio profundo en la financiación de la OMS, sino en el conjunto de sus actividades; lo que ha terminado por difuminar (aún más) su misión. Así lo explicaba la doctora Chan en 2012:

«La OMS se halla en una situación financiera complicada... una gran porción de los fondos recibidos son finalistas [VC]. Éstos ofrecen la tranquilidad a los donantes de que su uso se destinará a los proyectos acordados. Sin embargo, esto limita la capacidad de la Organización para hacer frente a sus prioridades...»²⁷.

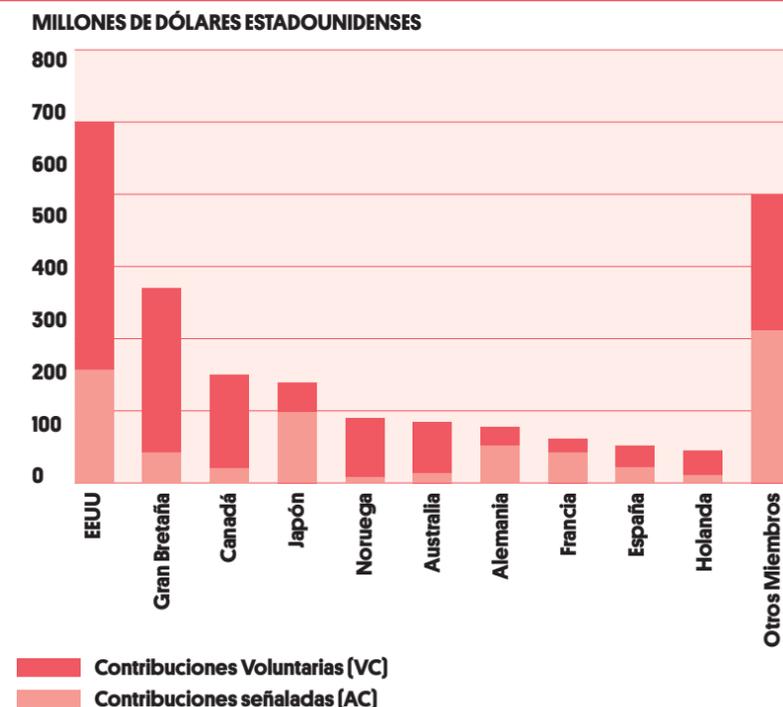
En 1970 las VC representaban el 20% de los gastos anuales de la OMS, pero su peso ha ido aumentando hasta superar en el presupuesto bienal 1990-1991 a las AC. En el presupuesto

Tabla 2
Presupuestos bianuales de la OMS (obsérvese el importante peso de las VC frente a las AC)

	2008-2009	2010-2011	2012-2013
Presupuesto Ejecutado (millones de dólares)		Presupuesto Aprobado (millones de dólares)	Presupuesto Programado (millones de dólares)
Contribuciones señaladas (AC)	949 (24%)	944 (21%)	944 (24%)
Contribuciones voluntarias (VC)	2.951 (76%)	3.596 (79%)	3.015 (76%)
Presupuesto total	3.900	4.540	3.959

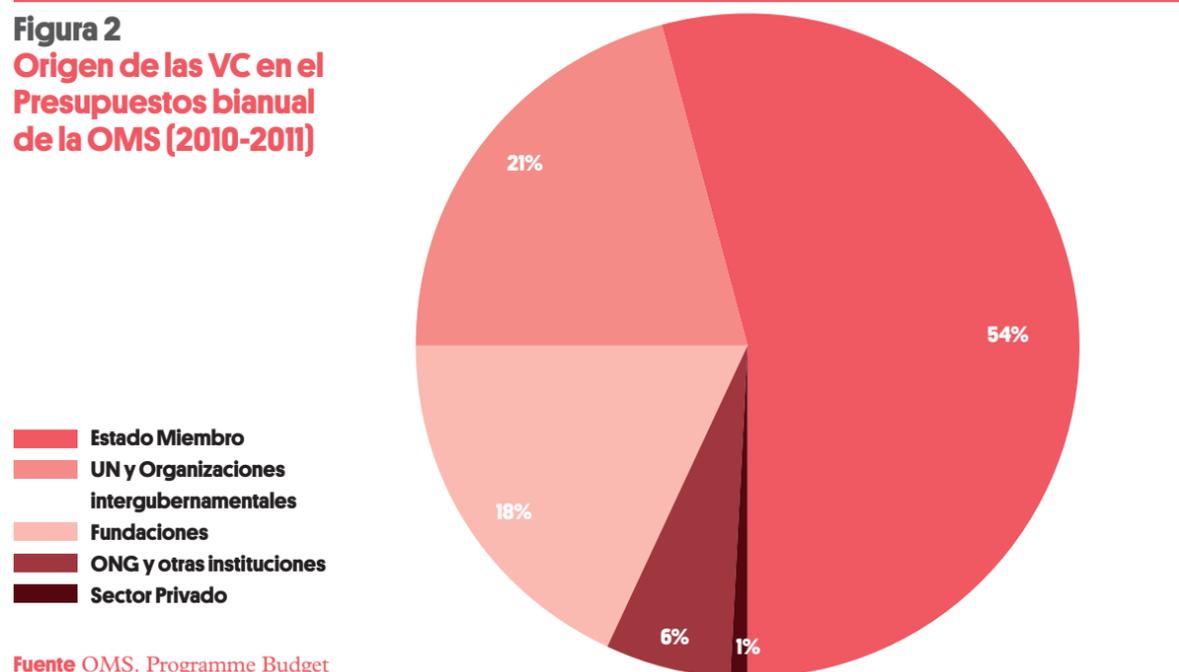
Fuente OMS. Programme Budget 2012-2013²⁸.

Figura 1
Aportaciones (en millones de dólares) de los Estados Miembros a las AC y las VC en el Presupuesto bianual de la OMS (2010-2011)



Fuente OMS. Programme Budget 2012-2013²⁹.

Figura 2
Origen de las VC en el
Presupuestos bianual
de la OMS (2010-2011)



Fuente OMS. Programme Budget 2012-2013²⁹.

bienal 2006-2007 los fondos provenientes de las VC treparon hasta el 72% y en el bienio 2010-2011 casi llegaron al 80% del total de los ingresos de la Organización (véase tabla-2).

Cuando en la década de los años 70 comenzaron a aumentar las VC, muchos empleados de la OMS lo vieron como algo positivo, pues esto les permitía hacer más cooperación técnica, llegar a más sitios y, además, disponer de un elenco más amplio de programas. Pero cuando en la década siguiente los presupuestos ordinarios (AC) se congelaron, la percepción sobre este tema empezó a cambiar. Ya que para seguir creciendo y mantenerse en el núcleo del gobierno de la SI solo era posible estirando unos fondos que no daban más de sí o atraer más VC. Y esto último acabó por convertirse en una trampa: mientras más crecía este tipo de financiación, más se minaba el poder de decisión y la autonomía presupuestaria de la OMS. Además de patentizarse la falta de confianza de muchos países donantes que no estaban dispuestos a ceder el control de sus fondos (algo que conseguían con las contribuciones «voluntarias», pero no con las «señaladas»).

La estructura y las actividades de la OMS han intentado ser un reflejo de su noble misión: mejorar la salud de los habitantes de la Tierra. Pero, al mismo tiempo, han estado influidas por la historia política de la ayuda al desarrollo y el drástico cambio que ha experimentado su financiación.

Ilustra muy bien su compleja situación el estudio realizado por Stuckler y cols.³¹, en el que se puso de manifiesto que en el bienio 2006-2007 la OMS asignó el 87% de su presupuesto total a las enfermedades infecciosas, el 12% a las enfermedades no transmisibles y menos del 1% a los accidentes y la violencia. Esta distribución fue la misma para África, que registra una elevada carga de enfermedades infecciosas, que para la región del Pacífico Occidental, donde tres cuartas partes de la mortalidad la provocan las enfermedades no transmisibles.

La constitución de su aparato de gobierno y la apertura de las Oficinas regionales y nacionales han estado guiadas, sobre todo, por la búsqueda de un equilibrio entre la eficacia y los compromisos políticos (internos y externos). Aunque sus recursos se distribuyen a nivel mundial, la relación jerarquía/responsabilidad entre Ginebra y las Regiones nunca ha estado exenta de tensiones. Quizá, la OPS (Organización Panamericana de Salud) ha sido —y es— la Oficina regional más fuerte e independiente, sin duda, merced al apoyo que recibe de EEUU.

Desde su fundación, el peso de la OMS en el gobierno de la Salud Internacional ha variado mucho. Ha pasado de ser el único tenor en el escenario, a ser uno más entre muchos actores. A lo largo de su historia ha visto aumentar sus Estados Miembros, gracias a la incorporación de nuevos países que dejaron de ser simples colonias durante las décadas de 1950 y 1960, y ha asistido al auge y declive del poder político y económico de algunos países y regiones. Como consecuencia de todos estos avatares, su actividad y también su imagen han sido muy proteicas: la de una organización tecnocrática que supo vivir casi al margen de los debates políticos; la de un líder en las grandes campañas de Salud Pública (como la que erradicó la viruela); la de un títere en las batallas ideológicas libradas durante la Guerra Fría; o la de una organización que no acaba de encontrar su *telos* y se ve forzada a realizar, por encargo de los países donantes, proyectos de Salud Internacional a *la carta*. Esta deriva ha ido menosca-

bando —especialmente desde la década de 1980— su capacidad de influir en la agenda de la política internacional.

La intensificación de la globalización a la que está sometida el mundo actual ha acentuado las amenazas transfronterizas para la salud, lo que nos ha llevado a una situación de interdependencia como nunca antes se había visto. Además, no se puede entender el estado de salud de la población sin percibirse de la importancia que tiene la transferencia internacional de riesgos para la salud, es decir, la manera en que el movimiento a través de las fronteras de personas, estilos de vida, productos, alimentos y todo tipo de seres vivos puede contribuir a la propagación de la enfermedad. Esta realidad nos explica en buena medida que hoy ninguna nación u organización sea capaz de resolver por sí misma los riesgos y los problemas sanitarios a los que nos enfrentamos. Todos dependemos de otros en la organización de una respuesta eficaz. Pero los asuntos globales se diferencian en algo fundamental de los nacionales: no existe un gobierno mundial que pueda garantizar la coherencia de las políticas de cada país con las políticas mundiales.

Tras la amarga experiencia de la Segunda Guerra Mundial, los gobiernos crearon instituciones multilaterales que pudieran aunar los distintos esfuerzos nacionales hacia objetivos económicos y sociales compartidos por todos. En este contexto, nació en 1948 la OMS, la autoridad de Salud Pública de Naciones Unidas y la primera institución realmente global, capaz de superar en muchas ocasiones los límites que imponen las burocracias, las fronteras y la política.

Esa necesidad de aunar esfuerzos y encauzarlos hacia metas ampliamente compartidas no ha perdido ni un adarme de vigencia en los últimos 65 años, por lo que es crucial que una institución especializada vuelva a retomar —a través del consenso y una superioridad técnica incontestable— su papel en la producción de bienes públicos globales (*global public goods*), especialmente en el ámbito del conocimiento (análisis comparado y evaluación de políticas y programas sanitarios, directrices o guías sobre las mejores prácticas clínicas, desarrollo de instrumentos para la normalización internacional, etcétera), y de la lucha contra todo aquello que corrompe la salud de los individuos (como el tabaco o los contaminantes). A la vez que asume la responsabilidad de dirigir o coordinar las grandes líneas de la estrategia que deben iluminar las intervenciones en el dominio de la Salud

Internacional o, si se prefiere, en el ámbito de lo que debería ser un «Sistema Sanitario Mundial» (*Global Health System*).

La OMS tiene que reconquistar el puesto perdido, dejar de ser de una vez para siempre una reliquia de épocas anteriores, centrarse en su misión más prístina y, por supuesto, contar con una financiación suficiente para atenderla. Éste es, nada menos, el desafío al que se está enfrentando su directora general, la doctora Chan. Lo que es tanto como pretender que llueva a gusto de todos. Pues todavía hoy seguimos asistiendo a acalorados debates en los que se denuncia la merma que suponen los programas verticales específicos —contra el VIH, la tuberculosis o el paludismo— para los (parvos) recursos económicos, humanos y políticos de que disponen las actividades de Atención Primaria.

Igual que los círculos virtuosos hacen que persistan las instituciones inclusivas, los círculos viciosos crean fuerzas poderosas dirigidas a perpetuar las instituciones extractivas. La historia no determina el destino y los círculos viciosos no son irrompibles.

D. Acemoglu y J. A. Robinson,
Por qué las Naciones Fracasas, 2012¹.

04 Hacia un nuevo paradigma (I) Evolución reciente de la ayuda al desarrollo en el sector de la Sanidad

EL NUEVO MILENIO no solo se ha acompañado de importantes cambios en la escena internacional, sino también en el gobierno de la Salud Internacional (SI). En este ámbito, parte de ellos tiene su raíz en la crisis que la ayuda al desarrollo experimentó en la década de 1980. Momento en el que la forma tradicional de hacer cooperación entró en una etapa de profunda revisión y crítica, marcada por lo que se conoce como la «fatiga de los países donantes» (*donor fatigue*). Situación a la que, además de la globalización, se sumaron una serie de sucesos históricos de gran calado que han consolidado una *nueva agenda* de ayuda al desarrollo, y en la que cada vez tiene más protagonismo la Salud Internacional (SI). Ésta, por efecto de esos cambios, que vamos a ver seguidamente, ha entrado a su vez en un *nuevo paradigma*, cuyo primer jalón lo marcó el acuerdo y proclamación de los Objetivos del Milenio (ODM).

De forma convencional, el inicio de la cooperación internacional moderna coincide con la finalización de la Segunda Guerra Mundial. Coyuntura que hizo propicia la *Conferencia de Bretton Woods*, la creación del sistema de las Naciones Unidas y la puesta en marcha del *Plan Marshall* para la reconstrucción de Europa. Estos hitos y las circunstancias que los precedieron ya han sido comentados en las secciones anteriores, por lo que ahora toca analizar qué fue lo que sucedió desde entonces.

1. DÉCADAS DE LOS AÑOS 50 Y 60

La herencia colonial: el hospital urbano. Control de las enfermedades

Superado el conflicto bélico, comienza un largo ciclo de expansión económica y demográfica. El mundo se divide en dos bloques y en el lapso comprendido entre 1945 y 1975 se puso en marcha un intenso proceso de descolonización. Esto supuso la creación de nuevos estados que siguieron utilizando las infraestructuras y la organización creadas por las antiguas potencias, y recibiendo ayuda de ellas y del Banco Mundial (BM). El triunfo de la Revolución cubana, la guerra de Vietnam y el auge de los movimientos izquierdistas generaron un amplio movimiento de solidaridad en gran parte de Europa y EEUU, lo que contribuyó a que el final de esta etapa estuviera marcado por temas como el cuestionamiento de la autoridad, la liberación sexual, las formas de vida alternativas, el antimilitarismo, el surgimiento del feminismo, etcétera; cosmovisión que alcanzó su clímax en el Mayo francés de 1968.

En el ámbito de la medicina se aprovechó lo heredado de las antiguas potencias: una Sanidad hospitalaria, urbana y centralista, de la que solo se beneficiaba una exigua parte de la población de cada país y que en la época colonial había atendido sobre todo a los militares y funcionarios destinados en ultramar. Mientras, dispersa por amplísimos territorios y en condiciones muy desfavorables, subsistía —como todavía puede verse hoy en vastas zonas de África, Iberoamérica y Asia— una precaria red formada por pequeños dispensarios en los que se proveía a la población local de una atención médica muy limitada y poco cualificada. Este frágil protosistema de Atención Primaria era sufragado y gestionado por organizaciones religiosas de diferentes países que vieron en sus excolonias una oportunidad para su labor humanitaria².

Un ejemplo de lo que fue la cooperación sanitaria en esta primera etapa nos lo brinda el Protectorado Español de Marruecos (1912-1956). Allí, la guerra —que duró hasta 1927— dificultó la atención médica a la población marroquí e hizo que los centros sanitarios que se construyeron en distintas ciudades (como Melilla, Villa Sanjurjo, Ceuta, Tetuán —donde residía la Comandancia de Sanidad—, Larache, Alcazarquivir y Arcila) estuvieran dedicados a la atención del contingente militar. No obstante, ya en 1909, antes del Tratado Hispano-Francés (1912), los oficiales de Sanidad españoles habían recibido órdenes de atender a los marroquíes gratuitamente y recabar información epidemiológica en la zona que tenían encomendada. Asimismo, se les hizo saber que el fracaso profesional del médico suponía una amenaza para la labor colonizadora de España. En 1924 a la Sanidad Militar se unieron los Servicios Sanitarios civiles que empezaron a controlar las epidemias y a abrir la red hospitalaria para asistir a la población marroquí. Así, cuando el Protectorado español tocaba a su fin, Tetuán disfrutaba de las instalaciones del Hospital Español construido en 1920 y, tras la reforma de 1953, ampliado a 633 camas y dotado de varios servicios de especialidades médicas, radiología y análisis clínicos. Lo atendían 22 médicos, 26 hermanas de la Caridad^A y otro personal, todos españoles. En 1954 se registraron 90.061 hospitalizaciones.

En la ciudad de Melilla, el Hospital de Cruz Roja se amplió en 1927 a 440 camas para poder ofrecer todas las especialidades. En aquella época era considerado como uno de los mejores hospitales africanos. En 1928 empezó la formación de auxiliares médicos marroquíes en la facultad de medicina de

^A Aunque ya muy mayores algunas de estas hermanas siguen asistiendo, como conoce de primera mano este autor, distintas obras sociales en el que todavía se denomina Hospital Español de Tetuán, pues éste nunca fue transferido a Marruecos.

Cádiz. Una década más tarde, Tetuán contaba ya con una escuela para la formación de dichos auxiliares, donde en 1953 se graduaron 200 alumnos. Aunque no se creó ninguna facultad de medicina, en 1955 se habían licenciado en la península 28 médicos marroquíes.

Cuando Marruecos logró su independencia política de España y Francia, lo que sucedió el dos de marzo de 1956, disponía de un buen número de hospitales. En 1962 Rabat llegó a tener 3.250 camas que permitieron la creación de la primera facultad de medicina, que actualmente forma parte de la Université Mohammed V. Pese a que Casablanca era (y es) la metrópoli más grande del Magreb y contaba con 2.000 camas hospitalarias, la visión centralista predominante entonces retrasó hasta 1975 la inauguración de su facultad de medicina, que hoy está integrada en la Université Hassan II. En ambas la enseñanza aún se imparte en francés y se siguen los programas y textos utilizados en las facultades francesas³.

Mientras los países desarrollados y en desarrollo estaban inmersos en lo que podemos llamar el «boom de los hospitales», los organismos internacionales dedicados a la SI —prácticamente la OMS en solitario— seguían una política que se concretaba en programas verticales destinados a la erradicación o el control de enfermedades infecciosas como la viruela o la polio. Y, aunque hacían uso de la red de dispensarios existentes, no contribuyó ni a su fortalecimiento, ni a su ampliación.

En el plano de la teoría económica dominaban sobre todo los enfoques de los desarrollistas, como el expuesto por Walt Rostow^B (1916-2003) en su influyente obra *The stages of economic growth: a non-communist manifesto*⁴ (1960), donde presentaba un modelo de crecimiento estructurado en seis etapas, que comprendían desde la antigua «sociedad tradicional» al moderno fenómeno del «consumo en masa». De acuerdo con su visión, la «ayuda a los países pobres» debía tener por objetivo la industrialización y la construcción de infraestructuras (principal destino de los créditos del BM en aquel tiempo), pues este tipo de actividades se consideraban el motor del crecimiento económico.

Desde otra perspectiva, Raúl Prebisch (1901-1986), economista de nacionalidad argentina, primer presidente de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 1950-1963) y, luego, secretario general (1963-1969) de la Conferencia de

^B La historia es caprichosa como demuestra el hecho de que dos economistas brillantes, Rostow y McNamara, tan escuchados como criticados en el ámbito de la ayuda al desarrollo, sirviesen durante la presidencia de John F. Kennedy en el campo de la Defensa. El primero como número dos del Consejo de Seguridad Nacional de la Casa Blanca y el segundo como Secretario de Defensa; ambos creyeron además firmemente en la causa de la guerra de Vietnam.



Raúl Prebisch
(1901-1986)⁶.

la ONU para el Comercio y el Desarrollo (UNCTAD), en sus trabajos como teórico subrayaba que el «desarrollo tardío» de los países pobres estaba marcado por sus posiciones *periféricas* dentro de la economía mundial. No admitía, por lo tanto, en el desarrollo la existencia de etapas uniformes, pues defendía que las naciones están sujetas a diferentes dinámicas. Tras su visión subyacía la idea de un sistema económico mundial «asimétrico» y caracterizado por las tensiones «centro-periferia» o, de acuerdo con la terminología de aquellos años, «Norte-Sur»⁵.

No olvidemos que por aquel entonces en las relaciones internacionales ya se había consolidado una dinámica dominada por los bloques occidental y soviético, lo que conocemos como *Guerra Fría* (1947-1991), que tuvo —entre otras consecuencias— un disfuncional *multilateralismo bipolar* dentro de los organismos internacionales, en especial en el seno de la OMS.

2. DÉCADA DE LOS AÑOS 70

Lucha contra la pobreza. La equidad como fundamento de la cooperación en salud (erradicación de las enfermedades y control de la natalidad)

El enfrentamiento entre bloques continuó y se computaron como ayuda al desarrollo partidas dedicadas a la compra de armamento. El dólar salió del patrón oro y la escalada de los precios del petróleo puso fin al ciclo expansivo, lo que provocó una crisis económica con importantes repercusiones. El hiato entre países desarrollados/donantes y países en desarrollo/receptores aumentó y se pusieron de manifiesto las paradojas de la ecuación «crecimiento económico = progreso social».

En la década de los años 70 fueron cuestionadas las intervenciones dirigidas a beneficiar las zonas urbanas en detrimento de las rurales. Las terribles condiciones en las que vivían nuestros congéneres en muchas zonas de África como consecuencia de las guerras, las hambrunas y las epidemias pasaron a ser de conocimiento público, gracias a las noticias que difundían las televisiones. Esta realidad, entre otras cosas, propició que en 1971 un grupo de médicos franceses, que trabajaba para el Comité Internacional de Cruz Roja en una misión internacional de ayuda a las víctimas de la guerra civil de Nigeria, silenciados y frustrados por la interferencia de los gobiernos, se uniese a un grupo de periodistas franceses —también imbuidos de los mismos principios— y fundarán Médecins Sans Frontières (MSF)⁷. Así,

como reacción a la insatisfacción que había por los resultados que se cosechaban en el ámbito sanitario con la cooperación bilateral y los programas multilaterales, surgieron las primeras ONG, es decir, sin vinculación con la religión cristiana o la Cruz Roja Internacional. Con anterioridad, excepción hecha de estas organizaciones, apenas existía actividad que no estuviera financiada y dirigida por los gobiernos de los países occidentales.

Entonces, había dudas sobre los beneficios que el desarrollismo y el tipo de intervenciones que inspiraba (construcción de infraestructuras y promoción de la actividad privada) reportaban —en términos de salud— a los países pobres. Al punto que en un informe (*Health Sector Policy Paper*, 1975) del BM podía leerse lo siguiente:

«No se puede esperar que el mercado privado asigne a la Sanidad ni la cantidad ni la variedad de recursos que es más adecuada desde el punto de vista social. El fallo más grave de los mercados proviene de la inhabilidad de los consumidores de servicios médicos para tomar cesiones bien informadas, racionales»⁸.

No puede extrañar que este estado de cosas alentara una corriente inspirada en el humanitarismo, a cuya cabeza estuvo la OMS y su nuevo director general, el doctor Mahler (1973-1988), que dio como resultado la incorporación a los proyectos de cooperación de objetivos que tuviesen *rostro humano*, no solo económico. Este planteamiento alcanzó su punto culminante en la Conferencia Internacional de Alma-Ata (1978) con su conocido marbete: «Salud para todos en el año 2000». Así, con el propósito de lograr una mayor *equidad en salud*, la Atención Primaria en las zonas rurales empezó a tener un sitio entre las grandes inversiones en infraestructuras y los programas verticales de salud. En esta línea, como ya se ha señalado (véase p. 78), la OMS en 1974 puso en marcha con la colaboración del BM el *Programa Ampliado de Inmunización*, que aún está vigente.

A lo dicho, se sumó el influyente informe⁹ de Marc Lalonde (1974), ministro canadiense de Sanidad y Bienestar (1972-1977), sobre los *factores determinantes de la salud*, que amplió y modificó de forma perenne la perspectiva de la ayuda al desarrollo en materia sanitaria, al integrar aspectos hasta entonces ignorados en este tipo de intervenciones (véase p. 19).

Tampoco puede olvidarse que al cambio de mentalidad registrado en los años 70 contribuyó de forma decidida Robert S. McNamara (véase p. 39 y 41), quinto presidente del BM (1968-1981). Bajo su mandato, con la ayuda del jefe del departamento de investigación económica, Hollis B. Chenery¹⁰ (1918-1994), la multilateral analizó las causas del subdesarrollo económico y la pobreza, así como las condiciones que debían darse para una distribución equitativa de la renta. No puede sorprender, por lo tanto, que McNamara en su intervención ante la Junta de Gobernadores, durante las Reuniones Anuales de 1973 celebradas en Nairobi (Kenia), introdujera por primera vez el término *pobreza absoluta*, definiéndolo como:

«una condición de vida degradada por la enfermedad, el analfabetismo, la desnutrición y la miseria que deriva del hecho de no reconocer las necesidades humanas básicas a sus víctimas... la situación es tan común en los países en desarrollo que afecta al 40% de su población»¹¹.

La Convención de Lomé (Togo), firmada en febrero de 1975 y vigente entre 1975 y 1995, supuso un punto de inflexión, al acordarse intercambios comerciales y de cooperación entre la Unión Europea y los llamados países ACP (Estados de África, del Caribe y del Pacífico), lo que significó una ruptura con el anterior marco de cooperación bilateral, esto es, entre un país europeo y su excolonia¹².

En un sentido amplio, estos cambios se pueden entender a la luz de los procesos de democratización y descentralización que se vivieron entonces. En España, recordémoslo, se estaba produciendo la *transición* a la democracia. La sociedad deseaba una mayor participación e integración de los distintos agentes que la constituyen. Y pretendía privilegiar los derechos humanos y la equidad como fundamento de una cooperación internacional que debía promover —a través del *diálogo Norte-Sur*— un *nuevo orden económico internacional*. Esta nueva filosofía quedó plasmada, entre otros, en el criticado^C informe de la UNESCO, *Voces múltiples, un solo mundo* (1980), o en los acuerdos de la Cumbre Norte-Sur celebrada en Cancún (1981).

Aunque el BM mantuvo el crecimiento económico como concepto nuclear del desarrollo, los aspectos redistributivos, las *necesidades humanas básicas* y la lucha contra la *pobreza absoluta* adquirieron protagonismo en sus programas¹³. A la vez que se veía en el control de la natalidad —como ya se ha explicado

^C En el también conocido como Informe MacBride se analizaba la comunicación en las sociedades modernas y se establecían los principios sobre los que había de basarse el «Nuevo Orden Mundial de la Información y Comunicación» (New World Information and Communication Order, NWICO). Con la llegada de la administración Reagan (1981-1989), EEUU se distanció del contenido del informe, al que algunos tildaron de soviético, iniciándose un desencuentro que culminó con su salida de la UNESCO en 1985.

(véase p. 41)— una posible solución a los problemas de los países en desarrollo.

El proceso de revisión y crítica del modelo de cooperación centralista, bilateral, vertical y prono a la construcción de infraestructuras desembocó en una crisis sistémica de la cooperación internacional y, en particular, la orientada a la ayuda humanitaria y al sector sanitario. Como ahora veremos, durante los años 80 y 90, la clarificación y desarrollo de estos nuevos enfoques tropezaron con obstáculos de toda laya. Sin embargo, como los períodos históricos están plagados de contradicciones, resultó que cuando se extinguía la década de los años 70 un programa vertical, inspirado en la «antigua» forma de hacer cooperación, rendía un importante servicio a la anhelada equidad, pues gracias a él se había erradicado la viruela de la faz del planeta^D.

Es probable que el lector haya sacado la idea de que durante este período no faltaron nuevas y originales iniciativas. Tal percepción es correcta. Pero entonces el mundo estaba menos globalizado que ahora, todo fluía con más lentitud y, además, había que conllevar las consecuencias de la *Guerra Fría*, que supusieron un importante freno para muchas de las iniciativas e ideas que florecían.

3. DÉCADA DE LOS AÑOS 80

Programas de Ajuste Estructural (PAE). Fatiga del donante. El SIDA revive un gigante dormido

Tras un período prolongado de facilidades crediticias (de boom crediticio) truncado por la segunda crisis del petróleo (1980-1982), la financiación se contrajo y los países con una elevada deuda externa dejaron de tener acceso a los mercados internacionales de capitales para refinanciarse. En agosto de 1982, México anunció que no era capaz de pagar su deuda. A esta proclamación (unilateral) se unieron otros países endeudados, sobre todo latinoamericanos, lo que dio lugar a la «década perdida de América Latina». Estos desastres financieros llevaron a algunos políticos y economistas a pensar que era precisa una intervención aún más profunda en los países en desarrollo, idea que refrendaría el «Consenso de Washington» de 1989.

^D El 8 de mayo de 1980, la XXXIII Asamblea de la OMS aceptaba el Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela y, en su resolución WHA33.3, declaraba que el objetivo mundial de erradicación de la viruela había sido alcanzado.

A la recesión de la económica mundial y al elevado endeudamiento se sumó también, con efectos deletéreos, la falta de compromiso de actores clave en los países prestatarios, donde

no faltaron administraciones excesivamente burocratizadas y autoridades corruptas¹⁴ (fenómeno que renace con las burbujas crediticias, tal como estamos comprobando amargamente hoy en España). Para hacer frente a esta situación internacional, que había llevado a algunos países en desarrollo al *default*, el FMI y el BM reaccionaron con una agenda de reformas que se concretó en los PAE (véase p. 43 y ss.). Con no mucha fortuna, a través de estos programas se intentó —en una coyuntura económica muy difícil— ir al rescate de los logros alcanzados. La primera medida que se tomó fue la de racionalizar el gasto público. Y, al igual que sucede hoy, se enfrentaron dos visiones sobre cómo debía realizarse el rescate. Simplificando muchos las cosas, por un lado, estaban los que creían, siguiendo a Keynes, el gran referente intelectual de Bretton Woods, que había que estimular la demanda agregada. Y, por otro, los que pensaban que lo prioritario era yugular los déficits, achicar el sector público y liberalizar el comercio (¡a que resultan familiares estas recetas!).

Durante esta década, las intervenciones encaminadas a implantar un modelo económico más estable y que sirviese de ayuda especialmente a los países de América Latina, donde los gobiernos habían perdido el control sobre los presupuestos y sus políticas monetarias provocaban inflaciones rampantes, culminó en 1989 en el llamado «Consenso de Washington» entre el FMI, el BM y el Tesoro de EEUU. Allí se definieron las políticas económicas apropiadas para los países en desarrollo y el tipo de ayuda que debían recibir de las multilaterales financieras. Política que tuvo, claro está, sus detractores. Así, por ejemplo, en el informe *Ajuste con rostro humano*, publicado por la UNICEF en 1987, se proponían propuestas alternativas a los PAE que aplicaban el BM y el FMI.

En lo que se refiere a los países donantes, hay que decir que llevaban lustros destinando una parte de sus presupuestos a la cooperación internacional sin obtener a cambio información fiable sobre lo que se había conseguido, ni sobre la utilidad o eficacia real de su ayuda. Por lo que entre ellos se instaló una sensación de decepción o fatiga que también contribuyó al proceso de reforma ya iniciado por el FMI y el BM con el apoyo de EEUU. Nos da luz sobre este tema el informe *Twenty-Five Years of Development Co-operation*¹⁵, elaborado en 1985 por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE. Aunque contenía alguna autocrítica presentada bajo la fórmula de «lecciones aprendidas», recogía los logros alcanzados tras 25 años de cooperación internacional.

Este sentimiento de decepción, hechura de los pobres resultados cosechados, lo corrobora el dato de que ya a finales de los años 70 McNamara expresara su preocupación por la fatiga que el BM detectaba entre los países donantes. Lo que le llevó a impulsar métodos de gestión empresarial para poder mejorar los resultados¹⁶.

Con respecto a la Sanidad, la irrupción del SIDA, descrito como entidad nosológica en 1981, supuso el despertar de un monstruo que se creía dormido: las pandemias (véase p. 27). Esta realidad acabó con el sofisma de que había que mirarlás como un «capítulo cerrado»¹⁷. Tras casi un decenio de incompreensión, inacción y estigma, que dificultó el correcto manejo de la enfermedad, en 1988 la OMS y la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias recomendaron un abordaje conjunto para enfrentarse a la tuberculosis y al SIDA¹⁸, lo que dio origen a un *enfoque global y combinado* en la lucha contra esta pandemia. Aunque al principio se puso más énfasis en el control y la prevención que en la atención concreta a los pacientes infectados.

En 1987, ante los menguantes presupuestos de los países en desarrollo, en especial los del África Subsahariana, la UNICEF y la OMS incluyeron, dentro de la polémica *Iniciativa de Bamako*¹⁹, la participación de la comunidad en la financiación de medicamentos para así evitar el derrumbe de sus sistemas sanitarios. También, ese mismo año, el medio ambiente y su preservación entraron a formar parte del vocabulario de la cooperación internacional. Una comisión encabezada por la doctora Gro Harlem Brundtland presentó en 1987, por encargo del Secretario General de la ONU, un estudio socio-económico, *Our Common Future*, conocido también como el *Informe Brundtland*, donde se utilizó el término *desarrollo sostenible* o duradero.

En 1989 se creó la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) para integrar en el Ministerio de Asuntos Exteriores a todos los organismos de la Administración pública española con competencias en la cooperación internacional. Dos años después, en 1991, España ingresaba en el CAD de la OCDE.

En fin, quizá, la buena noticia de esta década fue que en medio de esas tormentas financieras, tan aciagas para tantos individuos, algo bueno sucedió: una quincena de países latinoame-

ricanos culminó, entre 1982 y 1990, su transición política de la dictadura a la democracia. Y en 1989 el ominoso muro de Berlín cayó, lo que constituyó para muchos países de la vieja Europa el primer paso hacia un régimen de libertades.

4. DÉCADA DE LOS AÑOS 90

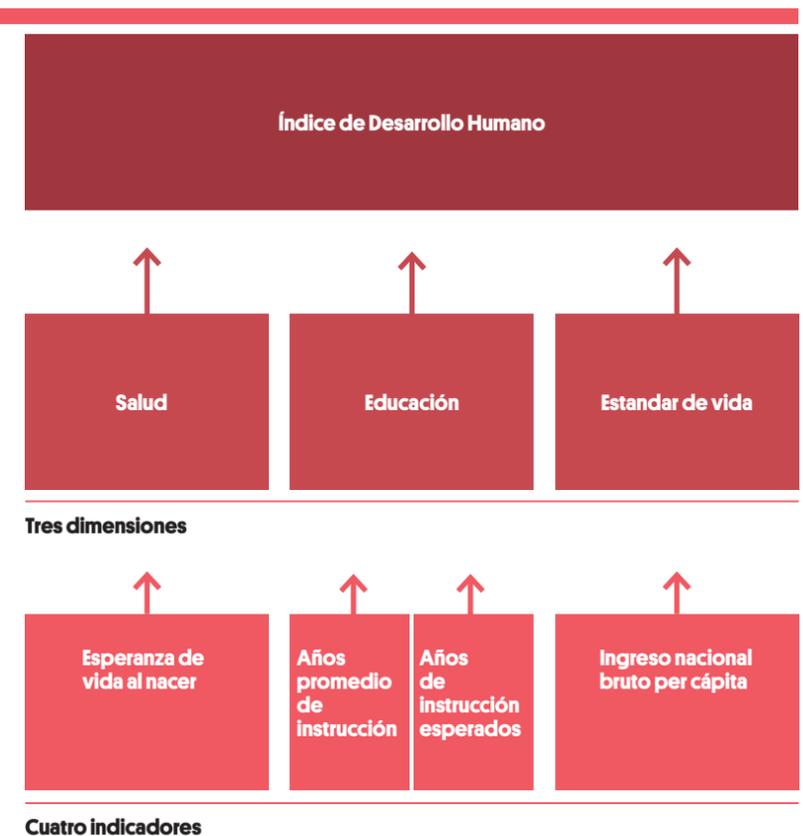
Reformas en salud: Enfoques Sectoriales Ampliados y preocupación por los resultados

Con el derrumbamiento del bloque soviético, las relaciones internacionales y los organismos multilaterales se vieron liberados del corsé que les había impuesto la Guerra Fría. Esto marcó el comienzo de una nueva etapa. La globalización se sentía cada vez con más fuerza, la influencia económica y política de otros países (como, por ejemplo, los tigres asiáticos o los integrantes del denominado grupo BRICS) se empezó a notar en el escenario mundial y se promovieron soluciones para las naciones ahogadas por la deuda y con un nivel de pobreza escandaloso. La fatiga del donante hizo su aparición de nuevo y la eficiencia, la mensura de los resultados, el desarrollo humano, el respeto a la naturaleza, la equidad o las políticas de género emergieron como temas nucleares en la agenda de la ayuda al desarrollo en la década de los años 90. Por lo que el ámbito temático de la cooperación vivió una expansión sin precedentes, pues muchas visiones y enfoques que venían de atrás empezaron a concretarse e integrarse en los programas de desarrollo.

En 1990, el PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) publicó el primer *Informe sobre Desarrollo Humano* (*Human Development Report*, HDR) con un objetivo ambicioso y, a la vez, simple: medir el nivel de bienestar a largo plazo de los ciudadanos de un país, más allá de los aspectos económicos coyunturales (véase figura-1). A tal fin, introdujo el concepto de *desarrollo humano* con el que se situaba a la persona en el centro del debate sobre cooperación para el desarrollo.

Dos años después, en 1992, se ponía en marcha la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (*European Community Humanitarian Aid Office*, ECHO)²⁰ con la finalidad de coordinar las operaciones de ayuda humanitaria de la UE en terceros países. A través de dicha Oficina, en 2011, se proporcionó ayuda humanitaria por un importe total de 1.154 millones de euros²¹.

Figura 1
El Índice de Desarrollo Humano (IDH) está compuesto por tres dimensiones y cuatro indicadores



Fuente PNUD. Human Development Report 2010, p. 13.

Al año siguiente, en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena se reafirmó que la educación, la capacitación y la información pública eran esenciales para promover y lograr relaciones estables y armoniosas entre comunidades. Además de consolidar la visión de que la cooperación debía atender los derechos de los ciudadanos y fomentar su empoderamiento.

Las políticas de género se vieron respaldadas por la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), cuyo antecedente remoto fue la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). Aunque el interés por estos temas experimentó un crecimiento progresivo durante los años 90, los compromisos en términos presupuestarios en el ámbito de la cooperación fueron poco significativos²².

En otro ámbito, la firma del Protocolo de Kioto sobre Cambio Climático (1997) supuso un importante hito para los temas de sostenibilidad y respeto al medio ambiente, que ya habían sido introducidos en el gobierno de la SI en el decenio anterior, gracias al informe dirigido por la doctora Gro H. Brundtland.

Pero con casi toda seguridad el tema más relevante del período, por su transversalidad y potencial de transformación, fue la eficacia. Así, mediada la década vio la luz el *Manual de la ayuda al desarrollo: principios del CAD para una ayuda eficaz*²³ (1995), publicado por el CAD de la OCDE. Con esta obra se pretendía orientar la acción de los países miembros de ese Comité al insistir en aspectos como la coordinación, la participación de la mujer, el análisis previo y posterior de los proyectos, la valoración del impacto medioambiental o la conveniencia de publicitar los resultados.

Tres años más tarde, en 1998, el BM publicaba *Assessing Aid: What Works, What Doesn't and Why*²⁴. Éste, el séptimo informe en el que se analizaba la ayuda a la cooperación, salía al paso de la importante caída de recursos económicos que se estaba sufriendo. Ya que en 1997 la ayuda apenas si llegó al 0,22% del PIB de los países donantes, el volumen más bajo desde que la cooperación se institucionalizó por primera vez con el Plan Marshall en 1947. Teniendo en cuenta la inflación, las aportaciones económicas de los países ricos a los pobres representaron en 1997 un tercio de la desembolsada en 1990. Por lo que el texto trataba de recuperar la confianza de los donantes explicando por qué la ayuda no había funcionado en algunos casos y cómo se podían corregir determinadas estrategias que no habían resultado eficaces²⁵.

En el dominio de la Salud, la publicación en 1993 del *World Development Report: Investing in Health* (véase p. 46) y las reformas sanitarias llevadas a cabo a finales de los años 80 en EEUU (*Managed Care*) y a principios de los años 90 en el Reino Unido (*NHS Internal Market*) hicieron que tomara fuerza, tanto en el BM como en la OMS, la idea de *reformular el sector sanitario* (RSS). Lo que tenía que traducirse en un mayor control del gasto, la privatización de servicios sanitarios (si con ello se ganaba en eficacia) y la participación del usuario —de acuerdo con sus posibilidades— en el mantenimiento de los sistemas sanitarios de sus países.

Por otro lado, el paso del tiempo acabó por hacer evidente la asfixia que suponía para los países pobres los niveles de endeudamiento que estaban soportando y el efecto —muchas veces negativo— de los Programas de Ajuste Estructural (véase p. 43 y ss.). Por lo que se estuvo de acuerdo en que semejantes débitos anulaban su capacidad para devolver lo que debían y, lo que era aún más importante, no dejaban margen de maniobra para yugular la pobreza de sus ciudadanos, que en muchos casos era extrema. Así que en 1996 el FMI y el BM lanzaron, como salida para esta situación, la iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (*Heavily Indebted Poor Countries*, HIPC), con la que se pretendía evitar que estas naciones se vieran literalmente ahogadas por su deuda. Este instrumento financiero permitió a las multilaterales y los donantes reducir la carga de la deuda externa a los países pobres más endeudados hasta unos niveles soportables. Por lo que, en 1999, se aprobaron una serie de modificaciones que permitieron al FMI proporcionar un alivio de la deuda más rápido y amplio, que tenía que estar ligado a la reducción de la pobreza y al fortalecimiento de las políticas sociales en cada país beneficiario. Lo que se hizo a través de la llamada *estrategia de reducción de la pobreza* recogida en los «Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza» (*Poverty Reduction Strategy Papers*, PRSP)²⁶. Además, en 2005 el Grupo de los Ocho países más industrializados (G-8) propuso la creación de un nuevo instrumento financiero, la «Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral» (*Multilateral Debt Relief Initiative*, MDRI), con el que se proyectaba ayudar a los HIPC en la consecución de los Objetivos del Milenio. Las naciones que cumplían los criterios de la HIPC, en algunos casos liquidaron el 100% de la deuda reestructurable contraída con tres instituciones multilaterales: el FMI, el BM y el Fondo Africano de Desarrollo. Por último, en 2007, el Banco Interamericano de Desarrollo (IDB) también tomó la decisión de aliviar la deuda adicional a los cinco HIPC del continente americano²⁷.

A finales de la década hicieron su aparición fórmulas alternativas a la financiación tradicional de proyectos como fueron los *Enfoques Sectoriales Ampliados*²⁸ (*Sector-Wide Approach*, SWAp), que recibieron un importante apoyo. Pues constituían un cambio —al menos en el plano teórico— en la forma de pensar de las multilaterales y los donantes en todo lo relativo a las RSS. Ya que se reconocía el papel nuclear del gobierno de cada país en dichas reformas. Lo que significaba la transición de una agenda de RSS centrada en la oferta, como ocurría en los PAE, a otra

que pretendía analizar si las intervenciones propuestas, realmente, mejoraban el acceso a la atención sanitaria y cuáles eran los resultados en términos de salud para los estratos sociales más desfavorecidos. Además, el nuevo enfoque propugnaba la coordinación de todas las fuentes de financiación, la integración de los distintos grupos de interés (ONG, multilaterales, etcétera) en el proceso de formulación de los planes estratégicos del sector sanitario y la asignación de recursos a tenor de las prioridades nacionales.

En 1999 el PNUD publicó el informe *Global public goods: international cooperation in the 21st Century*, donde se daba por sentido el fenómeno de la *globalización* y sus efectos. Desde esta perspectiva, analizaba distintos aspectos de la cooperación para el desarrollo. Los títulos de los apartados dedicados a la Sanidad (*Vigilancia epidemiológica mundial: Cooperación internacional para detectar las enfermedades infecciosas* o *La salud como bien público mundial*)²⁹ expresaban ya de manera muy clara los cambios que se estaban produciendo al finalizar el siglo XX.

Definitivamente, el panorama de la SI se había transformado. En general, existía una gran sensibilidad hacia las necesidades de los países menos desarrollados y los grandes problemas sanitarios. El mundo de la ayuda al desarrollo desembarcaba en el nuevo milenio imbuido de un espíritu más crítico. Los países donantes y, sobre todo, los nuevos agentes se habían vuelto más exigentes: demandaban resultados medibles y claros que pudieran justificar la continuidad de los esfuerzos dedicados —durante décadas— a la cooperación internacional.

5. SIGLO XXI

Nuevo paradigma: Alianzas público-privadas, la salud como problema mundial, la mensura de los resultados

El nuevo milenio ha sido testigo del atentado a las Torres Gemelas en Nueva York en 2001 (y sus de consecuencias); del estallido de la burbuja de las puntocom en 2001 y 2002; de la guerra de Irak que comenzó en marzo de 2003 y dividió profundamente a la sociedad occidental; de los atentados de Madrid y Londres (en 2004 y 2005, respectivamente); del ascenso de China y otros países emergentes; del renovado interés de Rusia en seguir influyendo en la agenda mundial (mediante una especie de Cold War Redux); y del colapso de la burbuja inmobiliaria en EEUU, preámbulo de la crisis financiera

Tabla 1
Reformas financieras, realizadas a lo largo de las décadas de los años 80 y 90, que afectaron a los proyectos del sector Salud

INICIATIVAS E INSTRUMENTOS FINANCIEROS	SITUACIÓN POLÍTICA Y MACROECONÓMICA	INSTITUCIONES INVOLUCRADAS
Programas de Ajuste Estructural (iniciados en los primeros años de la década de los 80)	Crisis económica mundial y alto endeudamiento de los países pobres	FMI/BM «Consenso de Washington» (1989)
Iniciativa Bamako (1987)	Crisis presupuestaria que impedía mantener el sector salud; intento de proteger a los estratos sociales más pobres	UNICEF/OMS/ ministros de sanidad africanos
Reforma del Sector Salud (finales década años 80 y primeros de la de los 90)	Control del gasto; efectividad y eficacia; como telón de fondo: reformas sanitarias en EEUU y GB, crisis del modelo sueco	BM (WDR-1993)
Iniciativa HIPC (Países Pobres Muy Endeudados) (1996)	Alivio de la deuda, cuyo pago colapsaba los servicios básicos de los países más pobres	FMI/BM/países donantes
Enfoques Sectoriales Ampliados (1997)	Consolidación de los sistemas sanitarios; énfasis en planificación y evaluación; devolver protagonismo a los países receptores	OMS/BM/ayuda bilateral
Iniciativa MDRI (Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral) (2005)	Condonación del 100% de la deuda reestructurable a un grupo de países de bajo renta wpara ayudarlos a avanzar hacia los ODM	FMI, BM y Fondo Africano de Desarrollo

Fuente: Elaboración propia.

actual que se hizo patente en 2008. Ésta se ha caracterizado por la enorme escasez de liquidez monetaria, los derrumbes bursátiles, la escalada del precio del petróleo y los alimentos —esta última azotó en 2007 y 2008 sobre todo a las regiones más depauperadas del mundo—, o el decrecimiento del PIB al que siguen enfrentándose muchos estados y que ha convertido a Europa —especialmente sus países periféricos— en el eslabón más débil del sistema financiero internacional. Fatalidades que han terminado por afectar los fondos asignados a la Ayuda Oficial al Desarrollo. Este es el caso de España, donde en 2009 representaron el 0,43% de su PIB, en 2010 el 0,29% y en 2012 el 0,15%.

En lo que se refiere a la SI, el milenio comenzó con buenas noticias. En el año 2000, la Fundación William H. Gates se fusionaba con la Fundación Gates Learning y cambiaba su nombre,

pasando a denominarse Bill & Melinda Gates Foundation. El matrimonio Gates, ese mismo año, la dotaba con 16.000 millones de dólares, comprometía otras importantes cantidades para el futuro y privilegiaba la SI como una de sus cuatro actividades básicas³⁰. Además, el 8 de septiembre de 2000, tras finalizar la reunión del *Millennium Summit* en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, casi 190 jefes de Estado y de Gobierno, junto con los representantes de más de 20 organizaciones internacionales (el BM entre ellas), rubricaron la *United Nations Millennium Declaration* que, además de otros temas, incluía los ODM. Nunca se había logrado un acuerdo internacional tan mayoritario y un referente tan sólido en las políticas de ayuda al desarrollo, pues comprometía a todas las naciones del mundo a alcanzar unos objetivos encaminados a disminuir la pobreza, asegurar el acceso a la enseñanza primaria (sin discriminación de sexo) y combatir los problemas de salud que más apremian a las poblaciones más desfavorecidas. De los ocho ODM, cuatro atañen directamente a la SI. También, ese mismo año y con el apoyo de la Fundación Gates, veía la luz en el Foro Económico Mundial de Davos (Suiza) la *Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización* (GAVI)³¹. Un año después enviaría sus primeras vacunas a todo el mundo.

La *Declaración del Milenio*, además de fijar la agenda internacional en materia de cooperación, supuso la puesta en marcha de otros dos procesos que tenían por finalidad *conseguir financiación y asegurar la eficacia*³² de los esfuerzos de la ayuda al desarrollo. El primero arrancó en 2001 con la *Ronda de Doha para el Desarrollo* (*Doha Development Agenda, DDA*), cuyo objetivo fue facilitar el acceso —especialmente de los productos agrícolas— de los países en desarrollo a los mercados mundiales; su continuación tuvo lugar en la *Conferencia de Financiación Internacional para el Desarrollo de Monterrey* (2002), donde se logró el compromiso de la mayoría de los países donantes, multilaterales (BM, FMI, OMC) e instituciones privadas para proveer de una financiación estable a las actividades orientadas a cumplir con los ODM.

Un año más tarde, en 2003, el segundo proceso (asegurar la eficacia) recibió un importante empuje con la *Declaración de Roma sobre la Armonización de la Ayuda*, al fijar la eficacia y, por extensión, la calidad como objetivos prioritario en las políticas de ayuda al desarrollo. Esa llamada a la mejora de la calidad recibe —ese mismo año— otro impulso en la *Declaración de París sobre*

la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo. Pues en ella se incluyeron cinco puntos que se refuerzan mutuamente (Apropiación, Alineación, Armonización, Gestión por resultados y Rendición de cuentas), se establecieron 12 indicadores para poder medir los progresos alcanzados y se fijaron metas para 11 indicadores que debían alcanzarse en el año 2010.

A la *Declaración de París*, le siguió el tercer *Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda* (*Third High Level Forum on Aid Effectiveness, HLF-3*), celebrado en Accra (Ghana) en 2008, que dio como resultado el *Programa de Acción de Accra* (*Accra Agenda for Action, AAA*). A finales de 2011, e impulsada por la OCDE, se celebró el HLF-4 en Busan, la ciudad portuaria más grande de la República de Corea, un país emblemático, pues ha sabido pasar de ser un receptor de ayuda a convertirse en un donante neto. El foro concluyó con la firma de la *Alianza de Busan para la Eficacia en la Cooperación para el Desarrollo*, documento que supuso un punto de inflexión en la ayuda al desarrollo. Ya que, por primera vez, el marco de actuación se abría a la cooperación Sur-Sur, los BRICS, las organizaciones de la sociedad civil y los donantes privados³³.

En el *regionalismo financiero* podemos ver otro ejemplo de los nuevos vientos que soplan en la cooperación internacional, en muchas ocasiones espoleados por las crisis financieras. Baste como ejemplo la expansión y desarrollo —tras la crisis financiera de Asia en 1997-1998— de la Iniciativa que arrancó en 2000 en la ciudad tailandesa de Chiang Mai (*Chiang Mai Initiative, CMI*), donde se alcanzó un acuerdo regional entre los 10 países miembros de la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático (ANSA), y al que también se sumó China, Japón y la República de Corea (ANSA+3). A finales de 2009 esta iniciativa se «multilateralizó» (*Chiang Mai Initiative Multilateralisation, CMIM*) al transformarse la red de acuerdos de permuta financiera (swap) bilaterales en un solo contrato para los 13 países firmantes de la Iniciativa. Además, se acordó el establecimiento de una unidad de supervisión regional, la Oficina de Estudios Macroeconómicos de la ANSA+3, que opera en Singapur desde 2011³⁴. Posteriormente, en mayo de 2012, en una reunión celebrada en Manila entre los ministros de economía y los gobernadores de los bancos centrales de la ANSA+3, se acordó ampliar el fondo de la CMIM de 120.000 a 240.000 millones de dólares³⁵. Hay que advertir que la Iniciativa Chiang Mai, realmente, nació poco después de que EEUU y el FMI se opusieran frontalmen-

te a la propuesta de Japón de crear un fondo monetario asiático, tras la crisis financiera que azotó al Lejano Oriente a finales de los años 90.

En este marco de nuevos actores e innovaciones, no se puede pasar por alto la reciente reunión en marzo de 2013 de los BRICS en Durban (Sudáfrica), en la que Vladímir Putin apoyó la creación de un banco de desarrollo con el fin de «disolver» el monopolio del FMI y el BM, y pidió sin rodeos a los países participantes que se posicionaran «como un nuevo modelo de relaciones globales que se construyen por encima de las viejas líneas divisorias Este-Oeste y Norte-Sur»³⁶.

Todo esto nos muestra con bastante claridad cómo la hegemonía mundial de la que hasta ahora han disfrutado las *hermanas* de Bretton Woods —o, mejor dicho, la sociedad occidental— está siendo retada con bravura por algunos países.

* * *

La aprobación de los ODM (con unas metas y fechas claras), la puesta en marcha en 2005 de la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral³⁷ (para facilitar a los países más endeudados el cumplimiento de esos Objetivos), la disponibilidad de más financiación bilateral y multilateral para los programas de cooperación y la consolidación de la filantropía y las alianzas público-privadas han determinado un espectacular aumento —a lo largo de la década pasada— de los fondos disponibles para actividades de la Salud Internacional. Esta circunstancia hizo que el que hoy es presidente del BM, Jim Yong Kim, bautizara esta etapa como la *Edad de Oro* de la Salud Internacional³⁸. Sin embargo, no conviene olvidar que todo período tiene un principio y un fin.

Así, a finales de la década pasada, la crisis económica internacional hizo sentir sus efectos y el BM tuvo que informar de que —si no se tomaban medidas— el número de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza podría aumentar en 75 millones. En esta misma línea, el *Informe de Cooperación para el Desarrollo 2012* del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, que evaluó la ayuda prestada por los países miembros durante el año anterior, constató —a pesar de las nuevas incorporaciones (República de Corea)— un descenso del 2,7% con respecto a 2010 (el máximo histórico se alcanzó en 2005)³⁹. En el caso

concreto de España, los fondos que dedica a la cooperación se han dividido por tres a lo largo del último cuatrienio.

En lo tocante a la Ayuda al Desarrollo en Salud y de acuerdo con los datos que aporta el informe *Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?*, cuyo subtítulo ya es muy sugerente, parece que estamos adentrándonos en una «etapa de estancamiento» de la financiación (véase tabla-1 en la p. 113).

Con todo, parece que los ODM van a poderse cumplir en una medida importante. Cuando faltan menos de 900 días para llegar a 2015, fecha fijada para alcanzar esos objetivos, se han logrado ya avances notables en muchos de ellos, como señalaba el informe *Objetivos de Desarrollo del Milenio (2013)* de Naciones Unidas⁴⁰. En él se informaba de que se han reducido a la mitad las personas que viven en condiciones de pobreza extrema y el porcentaje de las que no tienen un acceso a fuentes mejoradas de agua potable. También indicaba que se han realizado valiosos progresos en la lucha contra el paludismo y la tuberculosis, y se ha registrado un estimable aumento de los tratamientos contra el VIH/SIDA. Sin embargo, los habitantes del África Subsahariana, la región más afectada por esta epidemia, siguen teniendo un garrafal desconocimiento sobre la enfermedad y su prevención.

La matriculación de niñas en la enseñanza primaria se ha igualado a la de niños, y se está constatando un rápido avance en la reducción de la mortalidad materna y entre los menores de 5 años. Pero sigue muriendo un número inaceptable de mujeres durante el parto, a pesar de que existen medios para evitar semejante calamidad. Uno de cada ocho habitantes del mundo sigue padeciendo hambre. Y más de 2.500 millones de personas carecen de instalaciones de saneamiento mejoradas y, de ellas, 1.000 millones siguen defecando al aire libre, lo que constituye una grave amenaza para la salud y el medio ambiente.

Por otro lado, en los últimos años se han observado cambios críticos en las políticas de la mayoría de las agencias de cooperación. El conocimiento de la situación local y las prioridades de los pobres y los marginados son más tenidos en cuenta que nunca. La erradicación del pauperismo se ha convertido en un objetivo global indiscutible. Y, a diferencia de lo que sucedía antes, el fortalecimiento y el respeto a las instituciones de los países receptores de ayuda es un tema presente en la agenda de

la ayuda al desarrollo. Además, a través de la implementación de Enfoques Sectoriales Ampliados (véase p. 105) y de otros instrumentos financieros, que imponen condiciones a los créditos menos rígidas que las de antaño, se están respaldando las políticas sectoriales de los países prestatarios.

Pese a la heterogeneidad de las nuevas fórmulas para la cooperación, en general, comparten un objetivo común: el logro de los ODM y el empeño en conseguir una mayor eficacia y transparencia en las intervenciones. Por fortuna, está calando la idea de que las buenas intenciones o el hecho de trabajar en algo tan «elevado» como la cooperación, o en determinadas organizaciones, no exime a nadie de una cabal rendición de cuentas o de la publicación de los resultados obtenidos.

Pero la labor no ha terminado, porque ambiciones tan encarnadas en nuestro viejo humanismo como la equidad, la justicia o la libertad no pueden quedar al margen del afán que ilumina a cada día. Hemos aprendido que si unimos nuestros esfuerzos se pueden cosechar notables éxitos, por lo que hay que mantener el impulso para superar la «etapa de estancamiento» en la que estamos.

[M]e ha llamado la atención la importancia que tiene la medición en la mejora de la condición humana. Se puede progresar de una manera increíble, si se fija una meta clara y se encuentra el medio para avanzar hacia ella... Esto puede parecer básico, pero sorprende la frecuencia con la que se ignora y lo difícil que resulta hacerlo bien. Históricamente, la ayuda externa se ha medido por la cantidad total de dinero invertido y durante la Guerra Fria mirando si un país estaba de nuestro lado, pero no comprobando cuán útil resulta para la gente.

Bill Gates, Wall Street Journal, 2013¹.

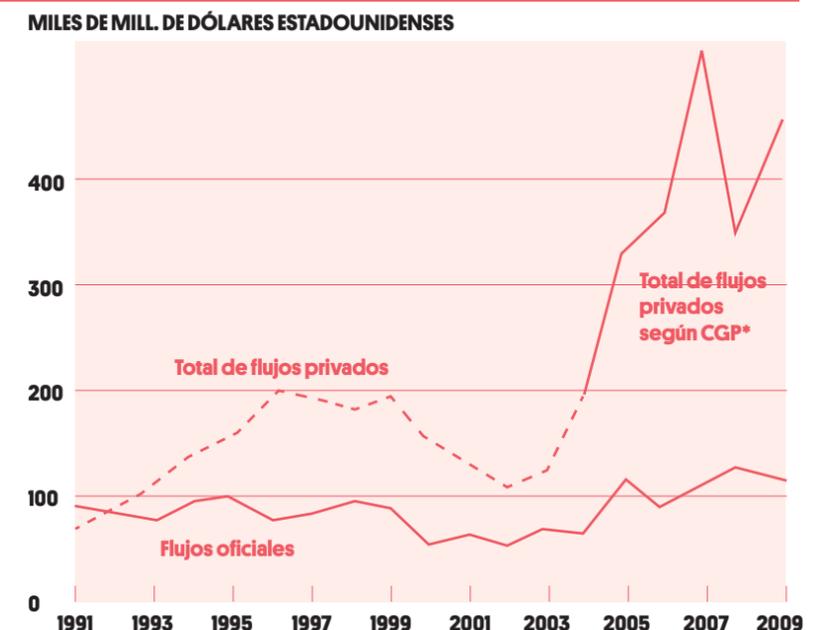
05 Hacia un nuevo paradigma (II) Cifras, agentes e instrumentos de Salud Internacional en el nuevo milenio

1. Las cifras de salud internacional

Aunque las cifras de los fondos destinados a la ayuda al desarrollo se caracterizan aún por cierta falta de precisión, puede asegurarse —sin temor a errar— que han experimentado un significativo crecimiento en los últimos lustros. Esto ha sido debido, sobre todo, a un notable aumento de la financiación privada (véase figura-1), que es en la actualidad muy superior a la etiquetada de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). En 2009 la cantidad procedente de los gobiernos representó tan sólo un 21% del total de los flujos financieros entre los países de la OCDE y los países en desarrollo, que sumó 575.000 millones de dólares². Esta novedosa situación en el campo de la cooperación internacional se ha acompañado de una significativa transformación de los agentes, los instrumentos financieros y los conceptos que la sustentan.

A lo largo de los últimos 20 años, la financiación de la Ayuda al Desarrollo en el sector de la Sanidad (Development Assistance for Health, DAH) ha pasado por tres fases de crecimiento (véase tabla-1)³:

Figura 1
Flujos financieros de la OCDE a los países en desarrollo entre 1991 y 2009



* A partir de 2004 se recogen los datos procedentes del Center for Global Prosperity (CGP), en vez de los del CAD de la OCDE.

Fuente Hudson Institute Center for Global Prosperity.

- Entre 1990 y 2001, tuvo lugar un «crecimiento moderado», aunque estable, que se tradujo en unos incrementos anuales del 5,9%. Los fondos casi se duplicaron, pasando de 5.700 millones de dólares en 1990 a 10.800 millones en 2001.
- A partir de 2001 y hasta 2010, la DAH entró en una etapa de «crecimiento rápido» (la *Edad de Oro* de la Salud Internacional), registrándose unos incrementos anuales que superaban el 11,2%. Los fondos casi se triplicaron, alcanzando en 2010 los 28.200 millones de dólares.
- Como consecuencia de la crisis se ha producido un «estancamiento» en los presupuestos para la DAH. Así, en 2012 se desembolsaron 28.100 millones de dólares, lo que representó 53 millones menos que en 2011.

Tabla 1
Ayuda Oficial al Desarrollo (ADO) frente a Ayuda al Desarrollo en el sector de la Sanidad (DAH).
Las cifras se expresan en millones de dólares

	LÍNEA BASAL	FINAL DEL «CRECIMIENTO MODERADO»	FINAL DEL «CRECIMIENTO RÁPIDO»	COMIENZO DEL «ESTANCAMIENTO»
AÑO	1990	2001	2010	2010
AOD	54.300	52.700	128.300	128.300
DAH	5.700	10.800	28.200	28.200

Fuente Datos AOD: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=TABLE1#> y datos DAH: Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?, p.18.

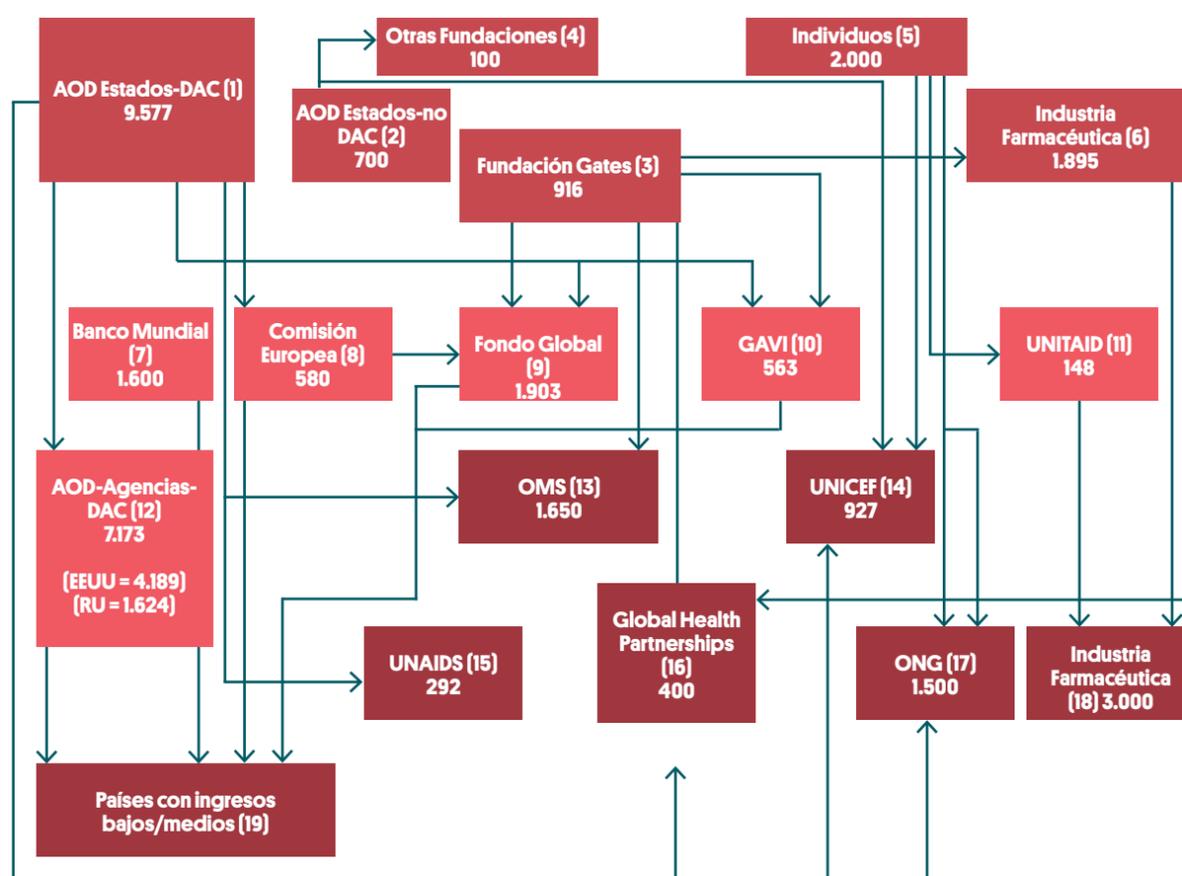
En términos generales, la financiación de que ha gozado la DAH pone de manifiesto un firme compromiso de los donantes. Un examen más detallado de la fase de «crecimiento rápido» revela que el aumento registrado fue debido sobre todo a las inversiones en varias áreas clave: VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. El lanzamiento del Fondo Mundial y la Alianza GAVI impulsaron —hasta 2010— de manera considerable dicho crecimiento. Desde los albores del nuevo milenio, el apoyo a las ONG también ha ido creciendo a un ritmo rápido. Además, durante esta fase, la DAH se ha visto incrementada en todas las regiones del mundo, aunque el África Subsahariana es la que más ha recibido en comparación con las otras.

La figura-2, elaborada por McCoy y cols.⁴, nos expone una panorámica de los fondos destinados en 2006 a la Salud Internacional (SI), en la que puede verse de dónde proceden y a qué se destinan. Lo que es tanto como señalar de qué forma se relacionan entre sí los financiadores.

2. Filosofía y taxonomía de los nuevos agentes de la Salud Internacional

En los últimos años han irrumpido en el campo de la SI agentes hasta ahora casi desconocidos y que en poco tiempo se han convertido en auténticos *líderes mundiales*, ya que planifican e implementan su trabajo con esquemas propios de un *modelo de negocio*⁵ que busca beneficios o, en el caso que nos ocupa, resultados medibles. Estos «nuevos» estándares en aspectos organizativos y de gestión se están erigiendo en referencia de las intervenciones de cooperación (en especial en las de SI). Hasta tal punto que los viejos y nuevos agentes ya operan hoy bajo el imperativo de obtener resultados que sean cuantificables. Filosofía que se respira no solo en los despachos de Ginebra y Washington, DC, sino en los departamentos de cooperación de los gobiernos donantes y receptores, y entre el personal que trabaja en el terreno. Lo que ha supuesto una revolución para todo tipo de organizaciones, pues han tenido que evolucionar y adaptarse a las nuevas reglas que rigen el dominio de la SI. Precisamente, la tabla-2, siguiendo un criterio taxonómico, agrupa los distintos integrantes de ese amplio ecosistema según las funciones que realizan, a saber, *donantes, gestores, ejecutores y formadores de opinión*.

Figura 2
Resumen de las principales rúbricas (millones de dólares)
de la Ayuda al Desarrollo en el sector de la Sanidad en 2006



Fuente Tomado de McCoy y cols.⁴.

Notas: Aunque esta «foto» es algo antigua sirve perfectamente al propósito didáctico de mostrar las complejas relaciones que se dan entre los distintos agentes que intervienen en la Salud Internacional. **(1)** AOD-Estados-DAC = Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) procedente de los Estados pertenecientes al Comité de Asistencia al Desarrollo (DAC) de la OCDE. Esta cifra se refiere al cálculo hecho por el DAC sobre los desembolsos reales efectuados en 2006 para la rúbrica Salud y Población. Y se expresa en dólares de 2004 después de haber sido corregidos por la inflación y las tasas de cambio fluctuantes. Fuente: OCDE (2008a). **(2)** Esta cifra es una estimación aproximada de la AOD de los Estados, incluyendo a China, no contabilizada por la DAC en 2006, y representa unos 700 millones de dólares; el gasto en el sector Sanidad no sería más del 10% de esa cifra. **(3)** Esta cantidad representa el gasto en 2006. Vale la pena señalar que en 2007 subió a 1.220 millones de dólares.

(4) Este valor es un cálculo aproximado de las subvenciones concedidas para los programas de Salud de las tres grandes fundaciones que financian este tipo de programas: Fundación Wellcome, Fundación Rockefeller y Fundación Ford. **(5)** Esta cifra es un cálculo aproximado y está basado en la suposición de que las contribuciones voluntarias para los programas de Salud pueden ser similares en magnitud a las contribuciones voluntarias a la ayuda humanitaria, de acuerdo con la estimación de Development Initiatives (2008). **(6)** Esta cantidad proviene de la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFPMA), que calculó el tamaño de la contribución de la industria farmacéutica a los ODM relacionados con la salud en 2006. **(7)** Esta es la cantidad que dedica la Asociación Internacional de Fomento (BM) a la rúbrica HNP, según lo informado por la institución. **(8)** Esta cifra es la que dedica la Comisión Europea (CE) a «Salud y Población y

Salud reproductiva», según un informe de Action for Global Health. **(9)** Esta cifra representa los gastos/desembolsos para 2006. **(10)** Este es el total de gastos de GAVI. Fuente: GAVI (2007). **(11)** El valor está tomado del informe anual de UNITAID. Se espera que el gasto aumente a 500 millones de dólares en 2009. **(12)** AOD-Agencias-DAC = Ayuda Oficial al Desarrollo de las agencias bilaterales de cooperación de Estados pertenecientes al DAC. **(13)** Esta cifra representa la mitad del presupuesto bienal de la OMS para 2006-2007, según lo informado por la institución. **(14)** Esta cantidad aproximada se ha calculado dando por bueno que un tercio de los ingresos totales de UNICEF en el año 2006 se destinaron al sector Salud. De acuerdo con el informe anual de UNICEF, el gasto total dedicado a los programas de VIH/SIDA y supervivencia y desarrollo infantil fue de 1.197 millones de dólares (Informe de UNICEF 2006, p. 40). **(15)** Esta cifra representa el gasto total del ONUSIDA para el

año fiscal 2006-2007. **(16)** Esta cantidad es un cálculo aproximado a partir de los presupuestos de Global Health Partnerships (véase el artículo de D. McCoy y cols., nota bibliográfica 4 de este capítulo). **(17)** Esta cifra es un cálculo aproximado de los gastos derivados de Médicos sin Fronteras y los presupuestos de varias de las grandes ONG internacionales (véase el artículo de D. McCoy y cols., nota bibliográfica 4 de este capítulo). **(18)** Cantidad aproximada destinada a la adquisición de productos básicos, calculada a partir de los datos existentes sobre las contribuciones empresariales a la Salud Internacional, junto con las estimaciones de las aportaciones de GAVI, el Fondo Mundial, la UNITAID, la Fundación Clinton y la financiación de la Fundación Gates. **(19)** Según la OCDE, el 96,4% de la financiación del CAD para la Salud se destinó a países de ingresos bajos y medios. Por lo que se puede estimar una cifra de gasto de 9.230 mil millones de dólares para el año 2006.

Tabla 2

Taxonomía de los distintos agentes que intervienen en la ayuda al desarrollo dirigida a la sanidad

DONANTES [Recaudan y gastan, donan o prestan fondos destinados a la Salud Internacional]	<i>Los gobiernos de los Estados</i> o sus Administraciones Territoriales, Agencias u Organismos.	
	<i>Sector Privado:</i> - Empresas (programas de responsabilidad corporativa) - Filantropía (Fundaciones y otras figuras.)	F. Rockefeller, F. Gates, F. Ford, F. Wellcome, Pfizer Global Health Fellows, etc.
GESTORES [Canalizan e instrumentan los fondos y créditos para los distintos programas de Salud Internacional]	<i>Agencias Gubernamentales de Cooperación</i> que típicamente dependen del correspondiente Ministerio de Asuntos Exteriores.	ECHO (UE), AECID (España), AFD (Francia), USAID (EEUU), DFID (RU), CIDA (Canadá), etc.
	<i>Organismos Internacionales</i> entes jurídicos de Derecho Internacional Público cuyo objeto incluye canalizar en forma de préstamos (o donaciones) las aportaciones de los Estados miembros (donantes).	BM, BID, OMS, UNICEF, etc.
	<i>Asociaciones Público-Privadas (PPP) o Alianzas Globales para la Salud:</i> siguiendo esquemas muy amplios y flexibles de funcionamiento gestionan fondos provenientes de distintos donantes (exclusivamente privados o público-privados) para la consecución de objetivos compartidos.	GAVI, Fondo Global, The Drugs for Neglected Diseases Initiative, International AIDS Vaccine Initiative, etc.
	<i>Fundaciones, ONG, Asociaciones y otras figuras</i> dedicadas a la Salud Internacional. Se financian de las aportaciones de empresas y particulares que las constituyen y mantienen, beneficiándose de exenciones fiscales. Es habitual que las ONG cuenten también con subvenciones públicas para sus actividades.	Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, Oxfam, Project Hope, The Aga Khan Foundation, etc.

Es frecuente encontrar Agencias, Fundaciones, ONG o Alianzas Globales que operan en el campo de la Salud Internacional y desempeñan varias funciones a la vez.

Fuente McCoy y cols.⁴, y elaboración propia.

EJECUTORES [Su cometido es la realización de los programas. Son el último eslabón en la consecución de los resultados]	<i>Organismos Internacionales</i> implicados en la supervisión o co-ejecución de programas.	BM, OMS, OPS, ONUSIDA, etc.
	<i>Alianzas Público-Privadas (PPP) o Alianzas Globales para la Salud</i> cuya actividad incluya la ejecución (o supervisión) de proyectos.	Stop Tuberculosis, El Fondo Mundial, Roll Back Malaria, etc.
	<i>Fundaciones, ONG, Asociaciones y otros agentes</i> con dedicación a la ejecución de programas de salud sobre el terreno.	Órdenes religiosas, Médicos del Mundo, etc.
	<i>Sociedades Mercantiles:</i> son las empresas que participan (logística, obra civil, suministros sanitarios, etc.) en la ejecución de proyectos de salud internacional.	
FORMADORES DE OPINIÓN [Fijan nuevas políticas y nuevos enfoques; divulgan e informan de los resultados de los programas; influyen en los políticos, profesionales y particulares sobre la materia]	<i>Países Receptores:</i> la Administración pública y las instituciones del país destinatario, cada vez más se hacen cargo de la ejecución de programas internacionales para la mejora de la salud de sus poblaciones. Ello supone también responsabilizarse de los resultados.	
	<i>Organismos Internacionales:</i> influyen a través de sus políticas, prioridades, disponibilidad de fondos, bases de datos e informes.	BM, OMS, OPS, ONUSIDA, etc.
	<i>Fundaciones, ONG e Institutos:</i> influyen a través de campañas en los medios, <i>think tanks</i> , centros de formación, etc.	The London School of Hygiene & Tropical Medicine, Swiss Institute of Tropical Medicine, The Department of Global Health and Social Medicine (Harvard), ISGlobal, etc.

Por otro lado, los compromisos sobre financiación y eficacia acordados en la *Conferencia de Monterrey* y en la *Declaración de París* (véase p. 109) han introducido cambios de índole legislativa, económica y organizativa en los Estados firmantes. Lo que permite hablar de unos «renovados» países donantes (sobre todo los pertenecientes a la OCDE) y países receptores (una mayoría está haciendo un esfuerzo de adaptación). Hoy a estos últimos, con un léxico más actualizado, se les denomina *socios*.

Mención aparte merecen, como nuevos agentes estatales, las naciones que engloba el acrónimo BRICS y que ya tienen un notable peso y una clara proyección de futuro. En su segunda reunión sectorial sobre Sanidad al más alto nivel⁶, celebrada en enero de 2013, su comunicado final llamaba a renovar los esfuerzos de los países contra el desafío constante del VIH/SIDA, al tiempo que «garantizaba que los convenios comerciales bilaterales y regionales no van a socavar la flexibilidad que permite el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual (ADPIC-TRIPS), de suerte que se pueda asegurar el acceso de los países en desarrollo a medicamentos antirretrovirales genéricos asequibles»⁷.

En un mundo en el que la pobreza y la desigualdad aún afectan a cientos de millones de personas, y la economía y el poder político internacional de los países más desarrollados se encuentran en entredicho, los *donantes emergentes* parece que han decidido desmarcarse de las reglas de juego fijadas por el CAD de la OCDE. Su retórica y, lo más importante, sus intervenciones apuntan hacia nuevos modelos de «cooperación Sur-Sur», en los que la *condicionalidad* de las ayudas, propia de la «cooperación Norte-Sur», es reemplazada por el *beneficio mutuo* en el marco de una amplia relación de colaboración. Así, China juega ya un papel relevante en las ayudas que se destinan al continente africano y también a Sudamérica, lo que le ha valido el apelativo de *donante rebelde*.

La aparición de las *Alianzas Público-Privadas* (APP) o *Alianzas Globales para la Salud* ha sido un acontecimiento crucial —por el cambio de mentalidad que han provocado— en la cooperación y, más concretamente, en el campo de la financiación (sobre todo destacan el Fondo Mundial y GAVI) y en la forma de llevar a cabo la ejecución de proyectos sanitarios a nivel mundial. De acuerdo con los criterios de la OMS⁸, estas alianzas operan de forma muy variada en lo que se refiere a los medios

que utilizan y los objetivos que persiguen, quizá, de ahí se derive su mayor ventaja, la flexibilidad para:

- Desarrollar productos, como lo hacen las *Product Development Public-Private Partnerships* (PDPPP), lo que permite a las compañías farmacéuticas activar determinadas líneas de I+D y producción, o retirar o facilitar patentes para garantizar el acceso (mediante precios asequibles) a los nuevos fármacos. Como ejemplos se pueden citar la Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA-IAVI o la Medicines for Malaria Venture.
- Distribuir productos donados o subsidiados, por ejemplo, medicamentos contra la lepra.
- Fortalecer los servicios sanitarios a través de instituciones como la African Comprehensive HIV/AIDS Partnerships, que copatrocina las fundaciones Gates y Merck y el gobierno de Botswana.
- Divulgar como hacen, por ejemplo, las iniciativas The global Public-Private Partnership for Handwashing with soap (patrocinada por la UNICEF, la USAID y la London School of Hygiene & Tropical Medicine) o The Water and Sanitation Program (en la que participa Colgate-Palmolive, Procter & Gamble y Unilever).

Algunas APP, cuyas estructuras son parte de los organismos internacionales, podrían considerarse de forma más precisa *programas públicos con participación privada* como es el caso de Roll Back Malaria, Safe Injection Global Network, Stop TB o GAVI. Y, viceversa, también existen *entidades de interés público* que en realidad podrían catalogarse de sector privado como, por ejemplo, el Fondo Mundial. Lo que no debe confundirse con programas que pretenden la privatización de la Sanidad pública. En ocasiones, se critica la falta de alineación de las APP con las estructuras y políticas de los países receptores, aunque puede ser que sea precisamente este distanciamiento de determinados gobiernos extractivos lo que garantiza su eficacia.

Aunque las fundaciones privadas tuvieron al principio un importante peso en lo que hoy llamamos SI (recordemos que la Fundación Rockefeller comenzó su labor en 1913, véase p. 15), hasta fechas recientes —con la aparición en escena de la Fundación Gates— no se ha vuelto a sentir de forma nítida su capacidad de influencia. La cuantía de los fondos que maneja para la DAH (900 millones de dólares en 2012) hace innecesario

explicar el porqué de su ascendiente. La Fundación Gates es el tercer mayor donante en el área de salud, solo superada por los gobiernos de EEUU y GB.

Hasta finales del siglo pasado, las ONG vivieron una época en la que un importante número de ellas gozó del favor y la simpatía de amplios sectores de la población y de muchos gobiernos, especialmente, cuando su actividad estaba relacionada con la SI o la ayuda en las catástrofes. Supieron captar y canalizar las donaciones de particulares y, también, los fondos públicos para la ejecución de proyectos. Pero, quizá, crearon demasiadas expectativas, proliferando y dispersándose en exceso, lo que les acarrió censuras muchas veces justificadas como, por ejemplo, el escaso impacto de sus intervenciones; el desconocimiento del terreno; la falta de comunicación con los representantes locales —algo inexcusable en las intervenciones en el terreno—; el uso de la llamada «cultura de la llaga»⁹ como medio para captar más fondos, o el hecho de convertir la ayuda al desarrollo en el *modus vivendi* de sus integrantes. Con todo, siguen siendo importantes receptores (y ejecutores) de donaciones particulares y fondos públicos. Aunque la nueva filosofía (lograr *resultados medibles*) que gobierna la SI las está obligando —como al resto de los agentes— a una mejora continua de sus procesos (reducción de la burocracia, especialización, descentralización, transparencia, etcétera).

Por último, hay que decir que no es infrecuente que las empresas que realizan —por encargo del BM, la OMS o las agencias gubernamentales— una actividad mercantil dentro de los diferentes programas de SI colaboren de forma solidaria con las Alianzas Globales o las fundaciones. Es cierto que sus aportaciones tienen, en la mayoría de los casos, un retorno en términos de imagen o poder de negociación. Sin embargo, sería un error denigrar —por trasnochados prejuicios— su participación creciente en distintas actividades y programas, no solo en términos económicos, sino también técnicos. Una encuesta realizada por la IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations) entre las APP que operan en la SI reveló que, en 2006, sus asociados (los laboratorios farmacéuticos) habían contribuido de forma conjunta con 1.900 millones de dólares a la DAH, al sufragar actividades orientadas al logro de los OMD¹⁰.

3. Nuevos instrumentos financieros

Todo este revuelo de nuevos agentes, la evolución de los enfoques en las intervenciones sanitarias, la mayor disponibilidad de recursos económicos y los numerosos avances científicos y tecnológicos han provocado una verdadera transformación de la gestión y los instrumentos financieros utilizados en las intervenciones de la SI.

Aunque hay consenso acerca de que los proyectos deben ir acompañados de resultados, todavía se discuten los instrumentos más adecuados para el nuevo rumbo. Los puntos de vista más ortodoxos enfatizan el uso de *marcos de resultados y modelos lógicos* con sus correspondientes indicadores. Sin embargo, otros recalcan las debilidades de estos *marcos* de actuación y defienden la necesidad de *equilibrar la asimetría de poder* en el complejo proceso de la ayuda al desarrollo, o insisten en la rendición de cuentas mutua y en el aprendizaje conjunto, o ven en la flexibilidad el «camino» hacia el logro de resultados a largo plazo. En todo caso, pocos niegan ya la conveniencia de establecer indicadores y metas que puedan medir la eficacia de la cooperación¹¹.

El modelo tradicional de subvenciones y donaciones, provenientes de los países ricos, a los gobiernos y organizaciones de los países en desarrollo ha puesto en evidencia las graves limitaciones que presenta la forma en que se canalizan y gestionan. Limitaciones que pretenden superar los nuevos instrumentos perfilados en el último decenio, dentro de iniciativas como *Innovative financing for development*^A. El informe *Innovative Financing for Health R&D*, elaborado por el *think thank* Milken Institute¹² y auspiciado por el Financial Innovations Labs que, a su vez, sufraga la Fundación Gates, recoge algunas fórmulas nuevas con las que se pueden financiar distintas iniciativas de cooperación en los países de baja renta:

- Servicio de Financiación Internacional (*International Finance Facility*, IFF): permite negociar en el mercado financiero internacional —mediante la emisión de bonos— los fondos de ayuda a la cooperación comprometidos a largo plazo por los gobiernos de los países donantes, para así obtener capital a corto y medio plazo que permita sufragar, por ejemplo, la compra de vacunas (véase: www.iffim.org). Estos bonos, al estar ple-

^A En septiembre de 2008, presidido por Gordon Brown y Robert Zoellick, entonces y respectivamente, primer ministro británico y presidente del BM, comenzó su tarea el Grupo de Trabajo encargado de buscar Formas Innovadoras de Financiación para los Sistemas Sanitarios (*Innovative International Financing for Health Systems*) con las que contribuir a su fortalecimiento en los 49 países más pobres del mundo. Sus recomendaciones preliminares se conocieron en mayo de 2009, cuando presentó un elenco de mecanismos innovadores de financiación que podían complementar la ayuda al desarrollo tradicional y así solucionar los desajustes en la captación de fondos que ponen en riesgo el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Grupo de Trabajo concluyó su labor en septiembre de 2009 y, ese mismo año, expuso sus iniciativas a la Asamblea General de la ONU en Nueva York.

namente respaldados (por los países donantes), pueden lograr la máxima calificación crediticia y generar recursos económicos a tasas de interés menores a las que suelen pagar los países en desarrollo cuando acuden a los mercados financieros.

- Compromiso Anticipado de Mercado (*Advance Market Commitment*, AMC): permite que un acuerdo jurídico garantice una determinada cantidad de fondos para comprar, a un precio fijado, un medicamento contra una enfermedad prevalente en los países en desarrollo, aunque todavía no esté disponible en el mercado (véase: www.gavialliance.org/funding/pneumococcal-amc).
- UNITAID (www.unitaid.eu): se trata de un nuevo fondo internacional cuyos principales ingresos provienen de una tasa (solidaria) que se aplica a la compra de los billetes de avión. La principal actividad de la organización es conseguir los mejores precios en la adquisición de medicamentos y pruebas diagnósticas para el HIV/SIDA, la malaria y la tuberculosis.
- Swap o permuta de deuda: este instrumento financiero en el ámbito de la ayuda al desarrollo permite a los gobiernos de los países desarrollados condonar a los países prestatarios una parte del valor nominal de su deuda, siempre que dicha quita se dedique a actividades dirigidas al control de una enfermedad.

Las propuestas no acaban aquí, pues siguen desarrollándose otras formas de financiación como, por ejemplo, los gravámenes sobre las transacciones monetarias o, a menor escala, instrumentos como el *Matching Fund* de GAVI (véase: www.gavi-alliance.org/funding), donde por cada contribución proveniente del sector privado, uno de los patrocinadores de GAVI desembolsa una cantidad idéntica. En esta misma línea, entidades bancarias como La Caixa, a través de un sitio web (véase: <http://microdonativos.lacaixa.es>), permiten a los particulares realizar pequeñas aportaciones (microdonativos), en un entorno sencillo y seguro que cuenta con el aval de la institución financiera.

Quizá, ahora resulte más fácil entender el concepto de «filantropocapitalismo» (*philanthrocapitalism*) acuñado en 2006 por Matthew Bishop¹³, uno de los directores del semanario *The Economist*, con el que quiso nominar a ese movimiento del sector privado que utiliza la potencia de los mercados para lograr recursos económicos que se traduzcan en resultados sociales,

estimulen el crecimiento económico en regiones deprimidas o mejoren la eficacia de las distintas iniciativas filantrópicas.

La entrada de nuevos actores en el ámbito de la Salud Internacional no solo está suponiendo un enorme fortalecimiento para sus actividades y la forma en que se orientan hacia la obtención de resultados medibles, sino que también ha propiciado que se profundice en los mecanismos que aseguran la rendición de cuentas. Estas circunstancias hacen que la toma de decisiones gane en credibilidad y legitimidad como demuestra el hecho de que en los órganos de gobierno del Fondo Mundial, UNITAID o GAVI participen representantes de los colectivos afectados por las enfermedades contra las que luchan dichas alianzas y organizaciones civiles, así como científicos o técnicos de fundaciones privadas. Lo que refleja el deseo de ejercer un gobierno de la Salud Internacional más transparente e inclusivo.

Es preciso seguir analizando con más rigor las intervenciones sanitarias en los países en desarrollo, tanto las que culminan en logro como en fracaso. Asunto en el que las instituciones académicas debieran involucrarse más, por lo que iniciativas como la creación del Institute for Health Metrics and Evaluation en la Universidad de Washington (Seattle) o el reciente anuncio¹⁴ por parte de Christopher J. L. Murray y Alan D. López de que se proponen presentar todos los años un informe con datos actualizados sobre la carga de la enfermedad en el mundo son de gran utilidad para un eficaz gobierno de la Salud Internacional.

Las voces críticas contra algunos de estos nuevos agentes y sus innovaciones, entre otras cosas, denuncian que los principales beneficiarios no son los más pobres o excluidos, o que los *nuevos intrusos* pueden acabar imponiendo la idea de que el pauperismo es un problema que corresponde solucionar al sistema financiero internacional, lo que a la larga supondría su *privatización*. A esto se puede responder, en primer lugar, que la empresa de aliviar la pobreza no anda precisamente sobrada de recursos y, además, es labor de todos (incluidos los que creen que todo lo debe solucionar el estado). En segundo lugar, que no es un ejercicio racional presumir oscuras intenciones tras cualquier iniciativa que nazca fuera del sector público o del entorno de las ONG *de toda la vida*, pues nadie tiene la exclusiva de las «buenas intenciones» (ni tampoco de los «mejores resultados»).

Y, en tercer lugar, que no hay solución alguna —ni tampoco institución pública, privada o multilateral— que pueda considerarse la panacea.

Llegados a este punto, es muy difícil resistirse a transcribir, por la lección que encierra, una anécdota que recoge Cayo Seutonio Tranquilo (¿70-126? d.C.) en su obra *Vidas de los doce Césares*. Un contratista romano se acercó al emperador Vespasiano (69-79 d.C.) para informarle de que había concebido un método que facilitaba y abarataba el transporte de columnas desde lejanas canteras a Roma. Huelga señalar que el proceso implicaba a miles de personas y suponía un gasto considerable para las arcas públicas. Tras escucharlo, Vespasiano decidió abonarle una importante cantidad por su innovación, pero ignorarla, diciendo: «¡Permitid que alimente al pobre pueblo!». (*Nihil novum sub sole!*)

La ominosa penuria en la que viven miles de millones de individuos es, sin duda, un tema complejo, por lo que su solución reclama la suma de todos los esfuerzos, aun la de aquellos que tienen pareceres distintos sobre las medidas que hay que aplicar para su erradicación. Por ello, todos los que tienen alguna responsabilidad en el gobierno de la Salud Internacional, desde los más altos dignatarios de las naciones e instituciones multilaterales hasta los responsables de las ONG más pegadas al terreno, debieran despojarse de rancios prejuicios y facilitar y alentar cualquier innovación que pueda suponer una mejora de la eficacia y la equidad.

Así y todo, cualquier observador imparcial, que no reniegue de los hechos en nombre de la ideología, tendría que admitir que fundaciones como la de Bill y Melinda Gates y, en especial, la original mentalidad que las inspira han supuesto un revulsivo para la lucha contra la pobreza.

El desarrollo consiste en eliminar las principales causas de opresión: la pobreza y la tiranía; la falta de oportunidades económicas y la marginación social sistemática; el deterioro de las instalaciones públicas y la intolerancia o la represión estatal continua. Pese a que la opulencia ha crecido como nunca antes se había visto, el mundo de hoy niega las libertades más elementales a un vasto número —quizá a la mayoría— de individuos.

Amartya Sen, *Development as Freedom*, 1997.

06 Conclusión

SIN DUDA, en los últimos años «globalización» e «interdependencia» han sido las palabras más utilizadas por periodistas, ensayistas, dirigentes políticos o académicos para describir y explicar el cambio social, cultural y económico que está sacudiendo al mundo actual. Como consecuencia de ellas, «territorio» y «frontera» son conceptos cada vez más difusos. Ya que todo parece indicar, como señaló el economista Richard O'Brien a comienzos de los años 90, que estamos siendo testigos del «fin de la geografía»¹ política.

Las instituciones oficiales facultadas para el gobierno mundial, como el sistema de Naciones Unidas, que surgió tras la Segunda Guerra Mundial y que incluye a la OMS y al Banco Mundial, se desarrollaron bajo la idea de que los gobiernos de los estados son los genuinos encargados de defender los intereses de sus ciudadanos en el ámbito internacional. Sin embargo, los nuevos fenómenos de organización social o, como ha señalado David Fidler, la emergente «pluralidad no estructurada»² de los actores no gubernamentales, constituyen todo un desafío para esa vieja organización.

Sin embargo, en un mundo aún constituido por naciones soberanas y organismos internacionales gobernados por ellas, los ciudadanos siguen considerando la conservación y la restauración de la salud una responsabilidad nacional. Sin que nos demos cuenta de que la transferencia creciente de riesgos sanitarios —que incluye también la adopción de estilos de vida gracias a unas fronteras cada vez más porosas— hace que la gran mayoría de las naciones carezca de los medios necesarios para cumplir con esa responsabilidad. A lo que además hay que añadir la desigual distribución de riesgos y recursos en nuestro planeta, la pluralidad cultural y los intereses —a veces opuestos— de los diferentes actores.

La indiscutible necesidad de organizar una acción colectiva internacional para encarar los problemas derivados de nuestra interdependencia choca con la realidad de la soberanía nacional, que supone en muchas ocasiones un obstáculo para la coordinación y reglamentación transnacional, lo que inevitablemente se traduce en importantes ineficiencias en el dominio de la Salud Internacional. Situación a la que en cierto sentido ha contribuido la incorporación —desde comienzos de la década pasada— de un amplio e intrincado elenco de actores a ese dominio. Por

lo que hoy es más evidente que nunca la necesidad de contar, cuando menos, con un ente capaz de saber en qué proyectos se está trabajando y en qué países se están implementando.

La consecución de este nuevo acervo no solo afianzaría un «Sistema Sanitario Mundial» (*Global Health System*), sino que contribuiría a mejorar la transparencia y el logro de resultados, lo que reforzaría a su vez los «eslabones más débiles de la cadena», esto es, los destinatarios finales de la ayuda al desarrollo.

Nadie con algo de sentido crítico y cierta experiencia en el terreno espera a estas alturas soluciones brillantes e inéditas. Las soluciones no son fáciles, si lo fueran ya estaríamos disfrutando de sus beneficios. No obstante, deberíamos evitar que se vuelvan a cometer errores conocidos y, en especial, uno de los más nocivos: la falta de coordinación entre los distintos actores.

Es cierto que gran parte de la ayuda, independientemente de dónde proceda y de quién la administre, se desperdicia. E instituciones multilaterales como la OMS y el Banco Mundial, como se ha podido ver a lo largo de este documento, tampoco son ajenas a esa realidad. Sin embargo, su historia —pese a haber estado marcada por las crisis y el descomunal peso de algunas agendas políticas— nos dice que tienen sobrada capacidad técnica y conocimiento de los países como para poder jugar un papel central en un gobierno más extenso e inclusivo de la Salud Internacional, aunque para esto tampoco tengamos una fórmula que garantice su éxito.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

- 1** Porter R. *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity*. New York: Norton & Company, 1998, p. 483.
- 2** Fidler DP. Microbialpolitik: Infectious Diseases and International Relations. *Am U Int'l L Rev* 1998;14(1):3-53.
- 3** Fidler DP. *International law and infectious diseases*. Oxford: Clarendon Press; 1999, p. 47.
- 4** Kim JY, Farmer P. Aspectos mundiales de la medicina; en: Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2008, p. 6-16.
- 5** Weindling P. The League of Nations Health Organization and the rise of Latin American participation, 1920-40. *Hist Cienc Saude-Manguinhos* 2006;13(3):1-14.
- 6** Barona Vilar JL, Bernabeu-Mestre J. La salud y el Estado: El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945). Valencia: Publicacions de la Universitat de València. 2008, p. 149.
- 7** http://visit.un.org/wcm/content/site/visitors/lang/en/home/about_us/un_offices.
- 8** Towers B. Red cross organisational politics, 1918-1924: relations of dominance and the influence of the United States; en: Weindling P (ed.). *International Health Organisations and Movements 1918-1939*, Cambridge Monographs in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, pp. 39 y ss.
- 9** Dubin MD. The League of Nations Health Organization; en: Weindling P (ed.). *International Health Organisations and Movements 1918-1939*, Cambridge Monographs in the History of Medicine. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, p. 56-57.
- 10** History and structure of the Pan American Health Organization (disponible en: <http://www.paho.org/english/history.htm>).
- 11** Howard-Jones N. The Pan American Health Organization: origins and evolution. *WHO Chronicle*. 1980;34:419-426.

12 Dodds K. Geopolitics. A very short introduction. Oxford (UK): Oxford University Press. 2007, p. 65.

13 <http://www.un.org/millenniumgoals>.

14 Naciones Unidas. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Observación general N° 14). Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Consejo Económico y Social; 2000 (disponible en: <http://www.ces-tim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>).

15 Lalonde M. A new perspective on Health of the Canadians. A working document. Ottawa, Government of Canada, 1974 (disponible en: [/www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)).

16 Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: OMS; 1986 (disponible en español en: www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf).

17 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Copenhagen: WHO Regional Office; 1992 (disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/eur_icp_rpd414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/eur_icp_rpd414(2).pdf)).

18 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

19 http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/.

20 Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

21 Ibid., p. 24.

22 Ibid., p. 26.

23 Shepard DS, Ettl MB, Brinkmann U, Sauerborn R. The Economic Cost of Malaria in Africa. *Trop Med Parasitol* 1991;42:199-203.

24 Maddison A. The World Economy: A Millennial Perspective. Centro de estudios de la OCDE: París; 2001.

25 Sachs F. El fin de la pobreza: Cómo conseguirlo en nuestro tiempo. Madrid: Random House Mondadori-Debate, 2005.

26 Diamond J. Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad en los últimos 13.000 años. Madrid: Debolsillo; 2007.

27 Acemoglu D, Robinson JA. Por qué fracasan los países: Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza. Barcelona: Ediciones Deusto; 2012.

28 Galor O. Unified Growth Theory. Princeton (NJ): Princeton University Press, 2011.

29 Foguel RW. The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100: Europe, America, and the Third World. New York: Cambridge University Press, 2004, p. xvii.

30 Taubenberger JK, Morens DM. 1918 influenza: the mother of all pandemics. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2006 Jan.

31 Nossel S. Smart Power. *Foreign Affairs* 2004;83(2):131-142.

32 Nye J. Get Smart: Combining Hard and Soft Power. *Foreign Affairs* 2009;88(4):160-163.

33 DP Fidler. Health and Foreign Policy: Vital Signs. *World Today* 2009;65(2):27-29.

34 Brainard L, Chollet D, LaFleur V. The Tangled Web: The Poverty-Insecurity Nexus, en: Brainard L, Chollet D (eds.). Too Poor for Peace? Global Poverty, Conflict, and Security in the 21st Century. Washington, DC: Brookings Institution, 2007. p. 1.

35 Garrett L. El reto de la Salud internacional. *Ars Medica. Revista de Humanidades* 2008;7(1):69-93.

CAPÍTULO 2. EL BANCO MUNDIAL

1 <http://www.bancomundial.org/temas/resenas/efectividad.htm>.

2 Boughton JM. The International Monetary Fund 1979-1989. Washington DC: International Monetary Fund; 2001, p. 1 (disponible en: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/history/2001/ch01.pdf>).

3 Marshall GC. The «Marshall Plan» speech at Harvard University, 5 June 1947. Paris: OCDE (disponible en: <http://www.oecd.org/fr/general/themarshallplanspeechatharvarduniversity5june1947.htm>).

- 4** World Bank. Pages from World Bank History: The Bank's 57th Birthday Retrospective. Washington D.C.: World Bank (disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20116771~pagePK:36726~piPK:36092~theSitePK:29506,00.html>).
- 5** Ehrlich PR. The Population Bomb. New York: Ballantine Books; 1971, p. xi.
- 6** World Bank. Robert S. McNamara at the World Bank Group: A Chronology of Significant Events. Washington D.C.: Archives, World Bank (disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTARCHIVES/Resources/Robert_McNamara_chronology.pdf).
- 7** World Bank. Robert Strange McNamara. 5th President of the World Bank Group, 1968-1981. Washington DC: World Bank (disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20502974~pagePK:36726~piPK:437378~theSitePK:29506,00.html>).
- 8** Youde J. Global Health Governance. Cambridge (GB): Polity Press; 2012, p. 47.
- 9** <http://www.who.int/tdr/en/>.
- 10** World Health Organization. Structural Adjustment Programmes (SAPs) (disponible en: <http://www.who.int/trade/glossary/story084/en/index.html>).
- 11** Stiglitz JE. El malestar en la globalización (trad. de C. Rodríguez Braun). Madrid: Taurus; 2002, p. 43.
- 12** Fair M. From Population Lending to HNP Results: The Evolution of the World Bank's Strategies in Health, Nutrition and Population. Washington D.C.: World Bank, Independent Evaluation Group (IEG), 2008; p. 9.
- 13** Akin JS, Birdsall N, De Ferranti DM. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. Washington D.C.: World Bank; 1987, pp. 3-6.
- 14** Harman S. The World Bank and Health; en: Kay A, Williams O (Ed.). Global Health Governance: Crisis, Institutions and Political Economy. Hampshire: Palgrave Macmillan; 2009, p. 243.

- 15** World Bank. James Wolfensohn's Presidency (disponible en: <http://go.worldbank.org/G6QRI22RQ0>).
- 16** Ibid.
- 17** The Global Health Group. Evidence to Policy Initiative (E2Pi). Profile on World Bank's Role in Global Health. 21-2-2013 (disponible en: <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/global-health-group/evidence-to-policy-initiative-e2pi>).
- 18** <http://go.worldbank.org/Z08ZQRX361>.
- 19** Banco Mundial. Informe anual 2012. Washington, DC: Banco Mundial, 2013.
- 20** Fair M. From Population Lending to HNP Results: The Evolution of the World Bank's Strategies in Health, Nutrition and Population. Washington D.C.: World Bank, Independent Evaluation Group (IEG), 2008; p. 13.
- 21** World Bank Operations Evaluation Department. Committing to Results: Improving the Effectiveness of HIV/AIDS Assistance. Washington, D.C.: World Bank; 2005, p. xiv.
- 22** World Bank. HIV/AIDS Projects (disponible en: <http://go.worldbank.org/GF367IDHD0>).
- 23** La cita viene recogida en: Easterly W. The White Man's Burden. Oxford: Oxford University Press, 2006, p. 215.
- 24** Youde J. Global Health Governance. Cambridge (GB): Polity Press; 2012, p. 55.
- 25** Lele U, Sarna N, Govindaraj R, Konstantopoulos Y. Global Health Programs, Millennium Development Goals, and the World Bank's Role. Case Study for the OED evaluation of the Bank's Global Programs. Operations Evaluation Department, World Bank, Washington D.C., 2004.
- 26** Okie S. Global Health — The Gates–Buffett Effect. N Engl J Med. 2006;355(11):1084-1088.
- 27** Lewis M. Addressing the Challenge of HIV/AIDS: Macroeconomic, Fiscal, and Institucional Issues. Working Paper. Washington, D.C.: Center for Global Development, 2005, citado en: Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. Washington, D.C.: World Bank, 2006, p. 135.

28 World Bank. Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition and Population Results. Human Development Network. Washington, D.C.: World Bank, 2007, pp. 1-2.

29 Davies SE. Global Politics of Health. Cambridge (MA): Polity Press, 2009, p. 13.

30 <http://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2012/07/02/statement-world-bank-group-president-jim-yong-kim>.

CAPÍTULO 3. LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1 Ross R. The prevention of malaria. New York: E.P. Dutton & Co. 1910, pp. 295-296 (www.archive.org).

2 http://www.who.int/employment/about_who/en/.

3 Godlee F. WHO in retreat: is it losing its influence? *BMJ* 1994;309:1491-1495.

4 Horton M. Health Wars: On the Global Front Lines of Modern Medicine. New York: New York Review Collections; 2003, p. 31.

5 Levine R. Open letter to the incoming director general of the World Health Organization: time to refocus. *BMJ* 2006;333:1015

6 Dawood FS, Iuliano DA, Reed C, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *Lancet Infect Dis* 2012;12(9):687-669.

7 Youde J. Global Health Governance. Cambridge (GB): Polity Press; 2012, pp. 49-50.

8 Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. *Am J Public Health* 2006;96(1):62-72.

9 Martin D. Hiroshi Nakajima, Leader of W.H.O., Dies at 84. *The New York Times*, 20-2-2013 (disponible en: http://www.nytimes.com/2013/01/29/world/asia/hiroshi-nakajima-leader-of-world-health-organization-dies-at-84.html?_r=0).

10 Davies SE. Global Politics of Health. Cambridge (MA): Polity Press, 2009, pp. 35-41.

11 Fenner F, Henderson DA, Arita I, JeZek Z, Ladny ID. Smallpox and its Eradication. Ginebra: World Health Organization, 1988, pp. 365-420.

12 Litsios S. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. *International Journal of Health Services* 2002;32:713.

13 Zhang D, Unschuld P. China's barefoot doctor: past, present, and future. *Lancet*, 2008;372(9653):1865-1867.

14 Litsios S. The Long and Difficult Road to Alma-Ata: A Personal Reflection. *International Journal of Health Services* 2002;32:718.

15 Siddiqi J. World Health and World Politics: The World Health Organization and the UN System. Columbus (South Carolina): University of South Carolina Press; 1995, p. 8.

16 Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004;94:1868.

17 Kim JY, Farmer P. Aspectos mundiales de la medicina; en: Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2008, p. 6-16.

18 WHO. Oral rehydration salts. Production of the new ORS. Geneva: WHO; 2006, p. 2.

19 Davies SE. Global Politics of Health. Cambridge (MA): Polity Press, 2009, p. 38.

20 Brown TM, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the transition from international to global public health. *Am J Public Health* 2006;96(1):62-72.

21 Stenson B, Sterky G. What Future WHO? *Health Policy* 1994;28:235-256

22 Stenson B. The WHO. A new strategy is needed. *BMJ*. 1995;310(6979):597.

23 Youde J. Global Health Governance. Cambridge (GB): Polity Press; 2012, p. 29.

24 McColl K. Europe told to deliver more aid for health. *Lancet* 2008;371:2072-2073.

25 Youde J. *Global Health Governance*. Cambridge (GB): Polity Press; 2012, pp. 34-36.

26 WHO. Voluntary contributions by fund and by donor for the financial period 2010–2011. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_29Add1-en.pdf.

27 Sixty-fifth World Health Assembly. Financial report and audited financial statements for the period 1 January 2010-31 December 2011 (WHA65.29). Geneva: World Health Organization; 2012, p. 10. (disponible en: http://www.who.int/about/resources_planning/A65_29-en.pdf).

28 WHO. Programme Budget 2012–2013. Geneva: World Health Organization; 2011, p. 15.

29 Sixty-fifth World Health Assembly. Financial report and audited financial statements for the period 1 January 2010-31 December 2011 (WHA65.29). Geneva: World Health Organization; 2012, p. 5. (disponible en: http://www.who.int/about/resources_planning/A65_29-en.pdf).

30 Sixty-fifth World Health Assembly. Financial report and audited financial statements for the period 1 January 2010-31 December 2011 (WHA65.29). Geneva: World Health Organization; 2012, p. 5. (disponible en: http://www.who.int/about/resources_planning/A65_29-en.pdf).

31 Stuckler D, King L, Robinson H, McKee M. WHO's budgetary allocations and burden of disease: a comparative analysis. *Lancet* 2008;372:1563-1569.

CAPÍTULO 4. HACIA UN NUEVO PARADIGMA (I)

1 Acemoglu D, Robinson JA. *Por qué las Naciones Fracasan: Los orígenes del poder, la prosperidad y la pobreza*. Barcelona: Deusto S.A. Ediciones, 2012, pp. 426-427.

2 Abel-Smith B. *An Introduction to Health: Policy, Planning and Financing*. Harlow: Longman Higher Education, 1996, pp. 67-68.

3 Guerra F. *Historia de la medicina* (3ª ed.). Madrid: Ediciones Norma-Capitel; 2007, pp. 581-585.

4 Rostow WW. *The stages of economic growth: a non-communist manifesto*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1960 (Rostow WW. *Las Etapas del crecimiento económico*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica 1961).

5 Ocampo JA. Raúl Prebisch y la agenda del desarrollo en los albores del siglo XXI. *Revista de la CEPAL*; 2001;75: 25-40 (disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1237664>).

6 <http://nakedkeynesianism.blogspot.com.es/2012/02/heterodox-central-bankers-iii.html>.

7 http://www.msf.org.uk/about_history.aspx

8 Golladay F. *Health Sector Policy Paper* (2ª ed.). Washington, D.C.: World Bank; 1980, p. 34.

9 Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974.

10 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20502974~pagePK:36726~piPK:437378~theSitePK:29506,00.html>.

11 World Bank. Robert S. McNamara at the World Bank Group: A Chronology of Significant Events. Washington D.C.: Archives, World Bank (disponible en: http://siteresources.worldbank.org/EXTARCHIVES/Resources/Robert_McNamara_chronology.pdf).

12 Comisión Europea. *De Lomé I à Lomé IV* (disponible en: http://ec.europa.eu/europeaid/where/acp/overview/lome-convention/lomeitoiv_fr.htm).

13 World Bank. Robert Strange McNamara. Washington D.C.: Archives, World Bank (disponible en: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTARCHIVES/0,,contentMDK:20502974~pagePK:36726~piPK:437378~theSitePK:29506,00.html>).

14 Davies SE. *Global Politics of Health*. Cambridge (MA): Polity Press, 2009, p. 42.

15 Poats RM. *Twenty-five years of development co-operation*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Development Assistance Committee; 1985.

16 Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health* 2004;94:1868.

17 Kim JY, Farmer P. Aspectos mundiales de la medicina; en: Anthony S. Fauci, Eugene Braunwald, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, J. Larry Jameson, and Joseph Loscalzo, Eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2008, p. 6-16.

18 ONUSIDA. Cronología del VIH y la tuberculosis (disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/infographics/20110607timelinehivandtb/>).

19 UNICEF. Iniciativa de Bamako (disponible en: http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5-sp.pdf).

20 http://ec.europa.eu/echo/about/presentation_en.htm.

21 Informe anual de la Unión Europea sobre la ayuda humanitaria y las políticas de protección civil y su aplicación en 2011. Bruselas: Comisión Europea; 2012, p. 5.

22 Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Estrategia de “Género en Desarrollo” de la Cooperación Española. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación; 2007, p. 20.

23 CAD-OCDE. Manual de ayuda al desarrollo: principios del CAD para una ayuda eficaz. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa; 1995.

24 World Bank. Policy Research Reports. *Assessing Aid: What Works, What Doesn't, and Why*. New York: Oxford University Press; 1998.

25 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCO-MUNDIAL/NEWSPANISH/0,,contentMDK:20046111~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:1074568,00.html>.

26 FMI. Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza. Washington D.C.: International Monetary Fund; 2012 (disponible en: <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/prsps.htm>).

27 FMI. Alivio de la deuda en el marco de la Iniciativa para los Países Pobres Muy Endeudados (PPME). Washington D.C.: International Monetary Fund; 2013 (disponible en: <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/hipcs.htm>).

28 Cassels A. *A Guide to Sector-Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues, and Working Arrangements*. Geneva: World Health Organization; 1997, p. xii-xiii (disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/63811>).

29 Kaul I, Grunberg I, Stern M. *Global public goods: international cooperation in the 21st Century*. New York: Oxford University Press; 1999.

30 Bill & Melinda Gates Foundation. *Foundation Timeline* (disponible en: <http://www.gatesfoundation.org/about/Pages/foundation-timeline.aspx>).

31 <http://www.gavialliance.org/about/mission/origins/>.

32 De París a Accra: Construyendo la gobernanza global de la ayuda. Desarrollo “En Contexto” FRIDE (Madrid); n°16, Agosto 2007
www.fride.org/descarga/DB_Paris_to_Accra_ESP_aug08.pdf

33 OECD. Fourth High Level Forum on Aid Effectiveness (disponible en: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/fourthhighlevelforumonaideffectiveness.htm#overview>).

34 Kawai M, Lombardi D. Regionalismo financiero. Washington D.C.: Fondo Monetario Internacional. Finanzas & Desarrollo, septiembre de 2012, pp. 23-25 (disponible en: www.imf.org/external/Pubs/FT/fandd/spa/2012/09/pdfs/kawai.pdf).

35 ASEAN+3 Finance Ministers and Central Bank Governors' Meeting Successfully Concludes. Seúl (Corea): Ministry of Strategy and Finance. 3-5-2012 (disponible en: http://english.mosf.go.kr/upload/mini/2012/05/FILE_A66G81_20120503182819_1.pdf).

36 Bonet P. Rusia anima a sus socios a diluir el poder del FMI y del Banco Mundial. *El País*, 27-3-2013, p. 3.

37 <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/hipcs.htm>

38 Okie S. Global Health — The Gates–Buffett Effect. *N Engl J Med*. 2006;355(11):1084-1088.

39 OECD. DAC members' aid performance in 2011. Part V of the Development Co-operation Report 2012 (disponible en: http://www.oecd.org/dac/DCR%20Part%20V_EN.pdf).

40 Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe de 2013. Nueva York: Naciones Unidas; 2013.

CAPÍTULO 5. HACIA UN NUEVO PARADIGMA (II)

1 Gates B: My Plan to Fix The World's Biggest Problems. Wall Street Journal, 25-1-2013.

2 Lawson ML. Foreign Assistance: Public-Private Partnerships (PPPs). Congressional Research Service, 13-6-2011 (disponible en: <http://www.fas.org/sgp/crs/row/R41880.pdf>).

3 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age? Seattle, WA: IHME, 2012.

4 McCoy D, Chand S, Sridhar D. Global health funding: How much, where it comes from and where it goes. Health Policy and Planning 2009;24:407-417.

5 <http://www.gavialliance.org/about/gavis-business-model/>.

6 I Reunión ministros de Sanidad de países BRICS (11 de Julio de 2011, Beijing, China) y II Reunión (11 Enero 2013, Nueva Dehli, India).

7 <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2013/january/20130111brics/>.

8 <http://www.who.int/trade/glossary/story077/en/>.

9 Calabuig Tormo C, de los Llanos Gómez-Torres M (eds.). La cooperación internacional para el desarrollo. Valencia: Editorial Universitat Politècnica de València. Cuadernos de cooperación para el desarrollo, nº 1; 2010, p. 111.

10 McCoy D, Chand S, Sridhar D. Global health funding: How much, where it comes from and where it goes. Health Policy and Planning 2009;24:407-417.

11 Grupo de Trabajo de Nuevos Instrumentos de Cooperación de la AECID. La ayuda programática. Guía Técnica para la puesta en marcha de los nuevos instrumentos de cooperación. Madrid: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Secretaría de Estado de Cooperación Internacional; 2008. p. 7.

12 Hecht R, Palriwala A, Rao A. Innovative Financing for Global Health. A Moment for Expanded U.S. Engagement? (A Report of the CSIS Global Health Policy). Washington DC: Center for Strategic and International Studies; 2010, p. 2-3. Véase también: Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009 (disponible en: <http://www.internatio->

nalhealthpartnership.net/en/news-events/past-events/article/taskforce-on-innovative-international-financing-for-health-systems-2009-324078/).

13 The birth of philanthrocapitalism. The leading new philanthropists see themselves as social investors (disponible en: www.economist.com/node/5517656).

14 Murray CJL, Lopez AD. Measuring the Global Burden of Disease. N Engl J Med 2013;369:448-457.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

1 O'Brien R. Global Financial Integration: The End of Geography. New York: Council on Foreign Relations Press, 1992.

2 Fidler D. Architecture amidst anarchy: global health's quest for governance. Global Health Governance 2007;1:1-17.

ISGlobal Instituto de
Salud Global
Barcelona

ISGlobal es una iniciativa de:

