

La salud en África: SIDA, cooperación al desarrollo y corrupción

Colección Cuadernos de trabajo sobre el desarrollo
SODePAZ

Fotos: SODEPAZ, Hdptcar, Jonrawlinson, Erik Kristensen, <http://www.sxc.hu>, <http://www.ghet.org.uk>

La maquetación de esta revista se ha realizado íntegramente con software libre.

Editorial SODEPAZ

C/ La Palma, 69, Bajo.

28015 Madrid, España.

Tel.: 91 522 80 91 y 616 404 444

Fax: 91 532 30 29

E-mail: sodepaz@sodepaz.org

www.sodepaz.es



COMMONS DEED

Atribución 2.0

Usted es libre de:

copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra y hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra)



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones no se ven afectados por lo anterior.

© los autores.

ISBN: en trámite

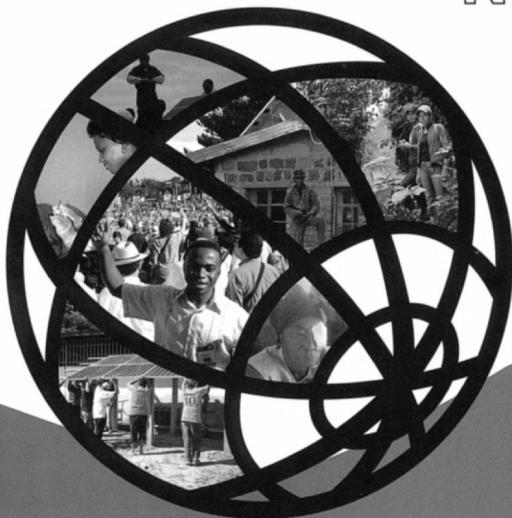
D.L:



**Cuadernos de trabajo
sobre el desarrollo**

Noviembre 09

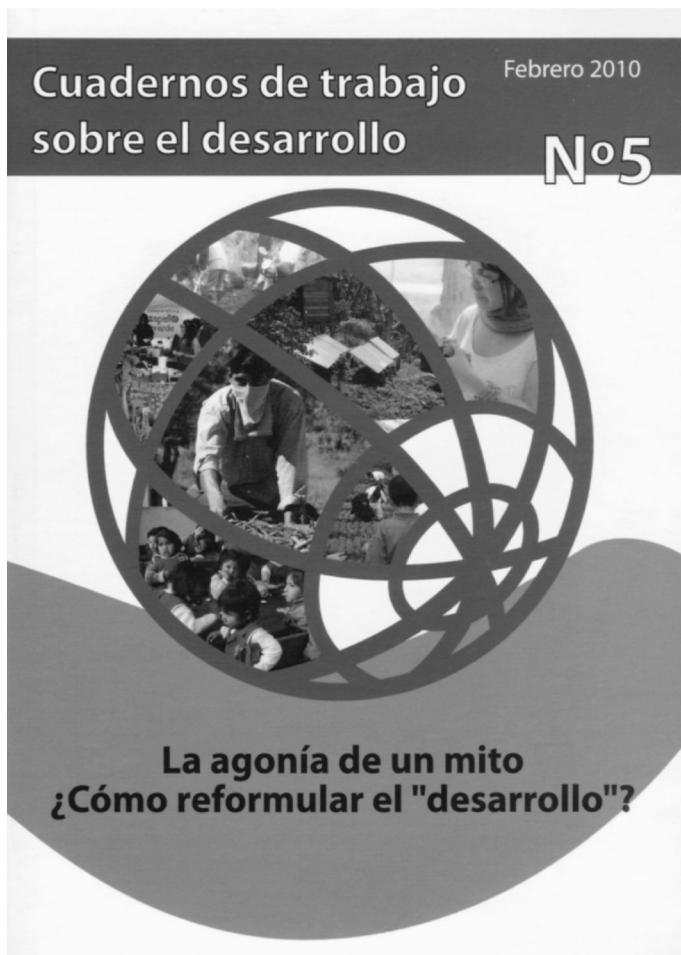
Nº4



**Cuba principal protagonista
de la cooperación Sur-Sur**

Cuba principal protagonista de la cooperación Sur-Sur La política social cubana: derrame hacia otras regiones del mundo. Cuba y África: una sólida relación. Segundo Informe de Cooperación Sur-Sur en Iberoamérica Referencias a Cuba

Pedidos a sodepaz@sodepaz.org



La agonía de un mito ¿Cómo reformular el "desarrollo"? Es testimonio del poder de las ideas que un concepto tan carente de contenido haya dominado el debate público por medio siglo.

Pedidos a sodepaz@sodepaz.org



Índice

Testimonios SIDA.....7

Naciones Unidas

Corrupción y SIDA en África.....11

Carolina Gamazo Aramendía

**La epidemia del VIH/SIDA en el África
Subsahariana: situación, impacto y progresos.....35**

Dr. Jesús M Gracia Calleja

**La crisis económica dentro del desarrollo histórico
de la cooperación internacional en salud.....49**

Jose Luis de la Flor



Cuadernos

África - América Latina

Revista de Análisis Sur/Norte
para una Cooperación Solidaria

47
Primer
Semestre 10

Dinámicas Africanas: Repensando el modelo de desarrollo



SODEPAZ

atrapasueños



Testimonios SIDA

Naciones Unidas

Imane, una argelina de 27 años, cree que su historia "podría parecerse a la historia de millones [de] mujeres VIH-positivas del mundo árabe".

Cuando se casó hace cinco años, su esposo no le comunicó que era VIH-positivo. Cuando Imane le mostró los medicamentos que él tomaba a una de sus hermanas, ésta la instó a que se hiciera una prueba de VIH. Si bien su hija de 4 años no estaba infectada, las pruebas mostraron que Imane sí había contraído la infección por VIH. "Cuando el médico me preguntó si conocía mi enfermedad no podía creerle", recuerda Imane. "¡VIH! La enfermedad de las prostitutas. Eso era lo que yo creía en ese entonces. ¡Es lo que piensa mi cultura!"

Hoy en día Imane está mejor informada. "La mayoría de las mujeres VIH-positivas que conozco son mujeres que jamás salen de sus hogares... más del 60% de las mujeres VIH-positivas que conozco han sido infectadas por sus esposos".

El médico de Imane le explicó que el VIH se había convertido en una enfermedad crónica y que podría llevar una vida normal tomando medicamentos antirretrovíricos. Aún así, a Imane le costaba aceptar el diagnóstico y se deprimió. Su esposo mostró muy poca empatía por su situación y su mejor amiga terminó la amistad después de enterarse de que Imane vivía con el VIH. El único interés de Imane fue cuidar de su hija.

Con el tiempo, una mujer de su hospital local, que había vivido con el VIH durante 10 años, la invitó a visitar El Hayet, una red de personas que viven con el VIH. El Hayet ayuda a las personas VIH-positivas a generar ingresos haciendo posible que obtengan un diploma en uno de una serie de oficios como, por ejemplo, repostería artesanal, costura o pintura. La organización vincula a sus integrantes con oportunidades de microcréditos generadas a través de la asociación de El Hayet con el Ministerio de Solidaridad y Asuntos Sociales. A través de su participación



en el programa de generación de ingresos de El Hayet, Imane encontró un grupo de personas que la comprendían y apoyaban. "Fui varias veces hasta que me sentí totalmente a gusto allí y cada vez menos sola a medida que pasaban los días. El ambiente es muy positivo y se forma una relación estupenda entre los instructores y los aprendices. Me pareció estupendo que aquí podamos aprender o enseñar... y hablar libremente acerca de nuestra enfermedad sin temor".

"Hoy, con El Hayet, mis heridas han sanado".

Creación De Una Comunidad Entre Los Hombres Que Tienen Relaciones Con Hombres En Burundi

Georges Kanuma es el presidente y fundador de la Asociación por el Respeto de los Derechos de los Homosexuales en Burundi. Georges Kanuma tenía 18 años cuando se dio cuenta de que debía de ser homosexual.

Pero la mayoría de las personas en su ciudad natal de Bujumbura no creen que haya homosexuales africanos. En consecuencia, muchos homosexuales y lesbianas en Burundi sufren vergüenza y aislamiento en secreto, y quienes no ocultan su orientación sexual sufren discriminación en todos los niveles de la sociedad.

Estos problemas indujeron a Kanuma a comenzar una organización llamada la Asociación por el Respeto de los Derechos de los Homosexuales (ARDHO) que ya cuenta con 25 miembros. "Estamos aquí para demostrar que la homosexualidad es una realidad obvia en Burundi", declara Kanuma. "Fundamos ARDHO para luchar por nuestra integración social, para reclamar la comprensión de la sociedad y para combatir nuestra marginación y el VIH/sida dentro de nuestra comunidad".





En un mundo hostil, la asociación ofrece una comunidad solidaria. También desafía tabúes mediante la realización de talleres de educación sobre el VIH y sexo seguro en los que se habla abiertamente sobre los riesgos del sexo anal sin protección. La asociación ha descubierto que son pocos los hombres que tienen relaciones con hombres conscientes de su vulnerabilidad física al virus; en general, creen, equivocadamente, que sólo pueden contraer la infección en relaciones sexuales genito-genitales. "Intentamos organizar sesiones informativas acerca de las vías de infección del VIH y de los modos de prevención", explica Kanuma. "Nos reunimos dos veces al mes y movilizamos a nuestros compañeros homosexuales y a nuestras parejas respecto al uso de geles y



preservativos".

El ambiente de homofobia parece extenderse a otras organizaciones vinculadas a la respuesta al VIH. Además del ONUSIDA, sólo dos organizaciones no gubernamentales apoyan a la asociación. Esto significa que ARDHO sigue siendo una asociación no inscrita y sufre la continua escasez de materiales educativos, preservativos y otros recursos. Otra marcada necesidad, aunque de remota realización, se refiere a los



servicios específicos relacionados con el VIH para hombres que tienen relaciones con hombres, en especial quienes han sufrido de violencia de género.

Todos los miembros de la asociación tienen historias personales de estigma y discriminación. "Nuestros padres se niegan a pagar nuestras cuotas escolares, por ejemplo, y a cuidarnos cuando estamos enfermas", cuenta Flaviana, un miembro de la asociación. "Nuestros hermanos y hermanas nos insultan y se burlan de nosotros... y sufrimos discriminación incluso en el lugar de trabajo. Las personas religiosas incitan a la población en contra de nosotros, diciendo que somos una señal de presagio del fin del mundo".

El padre de un miembro del grupo lo golpeó y echó del hogar familiar; otro integrante fue obligado a abandonar la escuela porque sus maestros creían que Dios lo había maldecido. Kanuma sostiene que esta clase de trato conduce al uso indebido de alcohol y de drogas, un resultado que, a su vez, aumenta el riesgo de contraer el VIH.

A pesar de todas estas dificultades, Kanuma y sus amigos están felices con sus vidas. "Por fin tengo una pareja", cuenta, "Acepto mi vida y estoy orgulloso de ella".

Corrupción y SIDA en África

Carolina Gamazo Aramendía*

Introducción

El SIDA es uno de los principales problemas y obstáculos para el desarrollo de África. Desde el conocimiento de la enfermedad en 1981 esta ha terminado con 22 millones de personas en el continente. Con el paso de los años, se han logrado grandes avances médicos, como el descubrimiento de los retrovirales a mediados de los 90, y también de concienciación de la envergadura del problema. Los fondos para luchar contra la enfermedad se han incrementado, aparentemente en 2008 se invirtieron 10.000 millones de dólares pero, contra lo que cabría suponer, todavía no se ha impedido que el virus de inmunodeficiencia adquirida continúe con su devastador camino por el continente. En 2001 había 20.300.000 subsaharianos afectados por el VIH; en 2007, esta cifra había alcanzado los 22.000.000¹

Justificación

El SIDA es un problema de gran envergadura y amplitud, y los consiguientes cientos de factores que abarca son intrínsecamente complejos. Estos incluyen "factores sociales y ambientales, el comportamiento sexual, las cuestiones de derechos humanos y factores biológicos o de intereses farmacéuticos"². Además, es necesario asegurar un equilibrio equitativo entre los programas de prevención y tratamiento de la enfermedad con el fin de abordar de manera integral los problemas que plantea la pandemia.

* Máster de Expertos en Comunicación en los Países del Sur , Edición 2009 (UCM) y Trabajadora de Contenidos de Salud (Madrid).

1 ONUSIDA, Informe 2008. Anexo 1: Estimaciones y Datos sobre VIH y SIDA , 2007 y 2001, p. 214

2 Coobardia, H. y Hadingham. J, "VIH/SIDA las tendencias mundiales, los fondos globales y la entrega de cuellos de botella", en *Globalization and Health*, 2005; 1: 13-13.



En este sentido, la transparencia es esencial a la hora de poner en marcha los fondos internacionales que se reciben. Este trabajo ha tratado de centrarse en este último aspecto, es decir, en el SIDA desde la perspectiva de la corrupción. El objetivo es tratar la enfermedad desde otro prisma, y ofrecer una información que resulte interesante y no se quede en vagas referencias. La elección del tema ha sido motivada porque la corrupción es uno de los problemas principales para el desarrollo de África y porque la crisis económica que atraviesa el mundo desde 2008 ha vuelto a poner de manifiesto en numerosos ámbitos del sistema que el dinero no siempre circula de la forma más limpia que debiera.

Hipótesis

El objetivo de este trabajo será **comprobar si la corrupción supone realmente un obstáculo de importancia que impide para frenar la propagación del VIH en África.**

Además, se verá que la corrupción no sólo parte de los dirigentes, sino también de muchas personas que participan en las gestiones necesarias para erradicar el virus, suministrando medicamentos o gestionando los fondos. Finalmente, se mostrará cómo en muchos casos la simple pobreza o desconocimiento hacen que esta corrupción se lleve a cabo de forma sencilla, por ejemplo, en la venta de tratamientos ARV falsos.

Plan General y Contenido

Mediante una serie de datos y cifras obtenidos de organismos como ONUSIDA, CIA, o informes de Transparencia Internacional, este estudio tratará de responder a la hipótesis de que realmente la corrupción es un obstáculo.

Tratará de exponer ejemplos de que existe la citada corrupción y que, además, es percibida por organismos internacionales como ONUSIDA o personalidades expertas en el tema, que han alertado sobre falta de transparencia en cumbres sobre la enfermedad. También se verán casos de personas corruptas dentro de la cadena del trascurso de los fondos o medicamentos.

Además, se abordará el tema de la corrupción en el manejo de los antirretrovirales (ARV), medicamentos que desde su descubrimiento han logrado reducir en un 77% el número de muertos por la enfermedad en los países desarrollados y que en la actualidad también están cumpliendo un trascendente papel en África. En cuanto a este tema, se verán casos de falsificación



de medicamentos o de venta ambulante de antirretrovirales que deberían de proporcionarse de forma gratuita. También se verá como muchas veces la entrega gratuita del tratamiento del SIDA hace que esta se corrompa. Finalmente, se presentarán las conclusiones extraídas tras realizar este estudio.

Breve Contexto: VIH y África

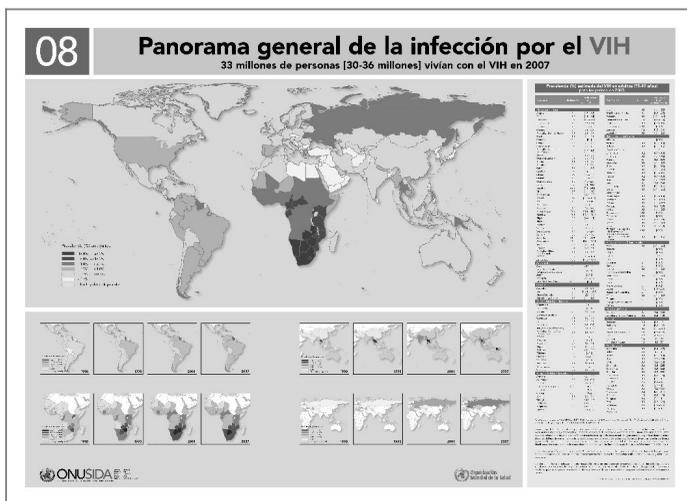
En junio de 1981, científicos de Central for Disease Control de Atlanta (EEUU) informaron sobre un cuadro clínico hasta entonces desconocido. Estos científicos habían observado que una serie de hombres residentes en núcleos urbanos presentaban un cuadro de inmunodeficiencia adquirida, con un grave problema en el sistema inmunitario hasta el momento no descrito. Este cuadro les provocaba infecciones respiratorias



causadas por gérmenes poco comunes y tumores poco frecuentes como el sarcoma de Kaposi³.

Casi 30 años más tarde, la epidemia se ha propagado a todos los rincones del mundo. Alrededor de 40 millones de personas viven con el virus del VIH hoy en día y más de 25 millones han muerto a causa de la enfermedad. El continente más afectado por la pandemia ha sido África que, con poco más del 10% de la población mundial, tiene situados a sus países en los primeros puestos en el ranking mundial de la enfermedad.

El Sida está causando, además, importantes problemas demográficos. Las muertes y enfermos provocan una importante pérdida del capital humano. Países como Botsuana,



Lesotho o Sudáfrica, donde las cifras de prevalencia del VIH continúan siendo mayores al 20%, están perdiendo mano de obra debido a que los hombres jóvenes se debilitan y mueren a causa del virus. Las mujeres contagian a los recién nacidos y los niños quedan huérfanos y obligados a vivir en la calle. Las niñas ya contagiadas se ven obligadas a prostituirse para salir adelante, incrementando así el número de víctimas.

África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: en 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de las muertes se produjeron en esta región. En conjunto, África subsahariana alberga el 67% de todas las personas que viven con el virus⁴. Se estima que en 2007, 1,9 millones de personas se infectaron con el VIH.

Antirretrovirales: una Luz al Final del Túnel

En 1996, en la 11^o Conferencia Internacional sobre el SIDA, celebrada en Vancouver (Canadá) se presentaron las primeras pruebas de la eficacia de la terapia antirretroviral (ARV) y en 1997, con el apoyo de ONUSIDA, la primera terapia ARV se trasladó a África, en primer lugar en Kampala (Uganda) y más tarde a Abiyán (Costa de Marfil).

A pesar de que en 1998, treinta y nueve empresas farmacéuticas presentaron una demanda contra el gobierno de Sudáfrica para impugnar la legislación destinada a reducir el precio de los medicamentos, el precio de los mismos se ha logrado reducir mucho en los últimos años. Este descenso se ha debido a varios factores: la presión de los activistas, el surgimiento de la competencia por parte de fabricantes de fármacos genéricos (medicamentos que cuentan con el mismo principio activo y que se pueden comercializar cuando expira la patente de la empresa que halla la fórmula) y a las negociaciones directas de ONUSIDA y otros asociados con las compañías farmacéuticas. Esto se ha traducido en un sistema de precios diferenciales entre los países de la OCDE y los países en desarrollo.

En el 94% de los países con epidemias generalizadas y en el 61% de los países con epidemias concentradas, los gobiernos nacionales informan que cuentan con políticas nacionales para el uso de medicamentos genéricos o con importación paralela de medicamentos para fomentar el acceso al tratamiento antirretrovírico⁵.

4 ONUSIDA, "Situación de la epidemia mundial del VIH", en informe sobre la epidemia mundial de sida 2008, p. 33.

5 ONUSIDA, "Tratamiento y atención", en informe..., op. cit., p. 157.



Cuando los datos se ofrecen de forma porcentual y comparativa se aprecian grandes avances en el campo de los antirretrovirales, más aún teniendo en cuenta que llevan poco más de una década de existencia. Sin embargo, debemos pensar que a pesar de que se haya logrado que 3 millones de personas tengan acceso a los retrovirales, sólo en Mozambique en 2008 se contó con 3.2 millones de infectados, según datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad de este país.⁶

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), elaborados a nivel global con participación de organismos como ONUSIDA, el objetivo seis consiste en detener la epidemia mundial del VIH para 2015 y haber logrado el acceso universal a retrovirales en 2010."Objetivo de Desarrollo del Milenio 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades"⁷.

Corrupción y Sida en África

"La corrupción está por todas partes, en los pueblos... en todas partes", advirtió la ministra del Territorio de Zambia, Gladis Nyirango, durante conferencia panafricana sobre corrupción en África, celebrada en Johannesburgo (Sudáfrica) en febrero de 2007. Horas después, fue despedida de su cargo⁸. En el caso del virus, las actividades delictivas transcurren desde el uso de altos mandatarios de los fondos que envía Occidente, hasta actividades a menor escala, como la petición de favores en los dispensarios para otorgar retrovirales cuando estos deberían facilitarse de forma gratuita.

A pesar de los controles, cada vez más estrictos, de organismos internacionales como Naciones Unidas, para que ni una pequeña parte de las partidas que se envían para el SIDA se pierda en bolsillos erróneos, muchas veces es imposible vigilar de forma completa el recorrido de este dinero. Con el envío del material farmacéutico ocurre algo similar. Los avances médicos en la cura del SIDA son una realidad, y también el abaratamiento de

6 Afolnews, "3,2 millones de infectados de SIDA en Mozambique", Savana, 8-1-08 (<http://www.afrol.com/es/articulos/27659>).

7 PNUD, "Objetivos de Desarrollo del Milenio" (<http://www.undp.org/spanish/mdg/goal6.shtml>)

8 Mail & Guardian, Sudáfrica, 04-03-07.

los retrovirales. Sin embargo, como ocurre en muchos campos, donde se crea la ley se crea la trampa y, finalmente, muchas veces los medicamentos que deberían suministrarse de forma gratuita acaban costando un precio a los enfermos.



Por otro lado, es bien sabido que muchos medicamentos se falsifican, que se utilizan como drogas, o que personas con influencia encuentran soluciones poco fiables a la enfermedad.

Tasas de Corrupción en Países con Mayor Índice de Prevalencia del SIDA

A continuación se expondrá una tabla informativa, en la que se trata simplemente de ofrecer datos en conjunto para acercarnos más al problema de la corrupción en los países con mayor índice de prevalencia del virus. Como podemos comprobar, sólo uno de estos diez países aprueba en el Índice de Percepción de la Corrupción Mundial que elabora la Agencia Transparencia Internacional cada año.



Países Africanos con Mayor Porcentaje de SIDA, Posición en el Índice de Corrupción Mundial y Fondos Destinados a estos Países

Rankins SIDA en África _a	País	Porcentaje prevalencia _b	Ranking corrupció _n _c	Puntuació _n Corrupció _n	Fondos lucha SIDA _d
1	Suazilandia	26,1	72	3,6	\$49,113
2	Botsuana	23,9	36	5,8	\$229,458
3	Lesotho	23,2	92	3,2	\$24,436
4	Sudáfrica	18,1	54	4,9	\$621,623
5	Zimbabue	15,3	166	1,8	\$129,517
6	Namibia	15,3	61	4,5	\$130,500
7	Zambia	15,2	115	2,8	\$189,930
8	Mozambique	12,5	126	2,6	\$95,505
9	Malauí	11,9	115	2,8	\$56,491
10	Tanzania	6,2	102	3	\$323,501

Elaboración propia, Fuentes: Informe ONUSIDA 2008 e Índice de percepción de la corrupción 2008

Simbología de la Tabla:

a) Países ordenados según los datos de prevalencia de SIDA en África subsahariana ofrecidos por el informe de ONUSIDA 2008

b) Idem 1

c) Ranking extraído del Índice de Percepción de la Corrupción 2008 de Transparencia Internacional⁹

d) Fondos lucha SIDA. Total reported Domestic Public and International Expenditure Million USD¹⁰

Teniendo en cuenta esta tabla, podemos apreciar que en la mayor parte de los casos, los países con mayores tasas de prevalencia del SIDA se encuentran también entre los más

9 Transparency Internacional encargó al Prof. Dr. J. Graf Lambsdorff de la Universidad de Passau la preparación del ranking del Índice de Percepción de la Corrupción (http://www.transparency.org/news_room/in_focus/2008/cpi2008/cpi_2008_table).

10 ONUSIDA, "Indicadores del progreso por países" en informe sobre la epidemia mundial de sida 2008

corruptos del planeta. Entre ellos, Zimbabue, Mozambique, Zambia, Malawi y Tanzania, que se sitúan en puestos inferiores al número 100 de 180.

Zimbabue se encuentra situado en el puesto 166 de 180, es decir, el número 14^o de corrupción mundial. Según el índice de libertad económica de 2008, elaborado por la Fundación Heritage y Wall Street J "Zimbabue ha pasado de ser el 'granero de África' a una tiranía hambrienta e indigente. Todas las áreas de libertad económica tienen puntajes inferiores o muy inferiores al promedio mundial"¹¹. El índice de libertad indica además que los derechos de la propiedad son de un 10% en Zimbabue y que la libertad frente a la corrupción es de un 24%. "El Gobierno permite a los individuos alineados con los principales funcionarios apoderarse de las tierras no designadas para la adquisición"¹². En este sentido, también cabe suponer que los recursos destinados a combatir el VIH han podido ser utilizados con otros fines.

Botsuana es la excepción a la regla en este sentido, un país con enormes recursos de diamantes y, sin embargo, situado en el puesto 36 de 180 de corrupción, por encima de países que forman parte de la Unión Europea, como Italia (55^o) o Polonia (58^o). Sin embargo, a pesar de esta transparencia, Botsuana tiene una prevalencia del SIDA de 23,9% de la población. Por ello, podemos concluir que la corrupción puede ser un problema de importancia, pero que el virus tiene sus propios cauces, y prácticas arriesgadas, conductas de poligamia, conocimientos distorsionados sobre el problema o un no actuar en el momento adecuado fueron, y siguen siendo, problemas de mayor importancia en la lucha contra la enfermedad.

Percepción de la Corrupción por Parte de Organismos Internacionales

La necesidad de dinero y gestión para combatir el SIDA es un precepto claro, sobre todo cuando vemos que en algunos de los países del continente la tasa de mortalidad a causa del virus asciende a más del 20%, principalmente en los países del sur

11 Fundación Heritage y Wall Street Journal, "Índice Libertad Económica 2008", p. 408.

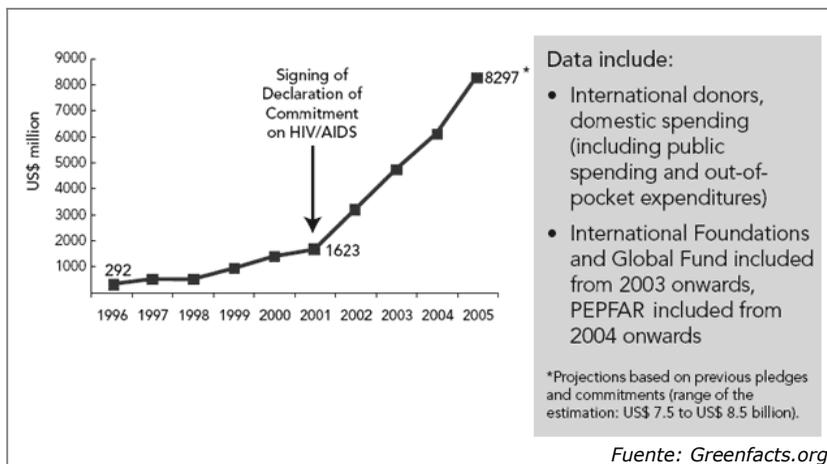
12 *Ibíd.*, p. 11.



de África como Botsuana, donde la cifra alcanza, un 23,9%, Sudáfrica con un 18,1%, o Lesotho con 22,3%.

En este sentido, diversas iniciativas mundiales se ocupan de abastecer con fondos para aplacar la epidemia mundial. Por ejemplo, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, El Banco Mundial, El Consejo Mundial de la Salud, la Fundación Bill y Melinda Gates o el organismo ONUSIDA, perteneciente a Naciones Unidas. Sin embargo, a pesar de que cada vez hay cantidades más grandes de fondos a disposición de las regiones más pobres del mundo, el VIH y la prevalencia de las tasas de infección siguen aumentando por todo el mundo.

La preocupación de diferentes organismos como la Organización Mundial para la Salud (OMS/WHO), o iniciativas como el Fondo Mundial para el SIDA, han supuesto un gran incremento de los fondos destinados a luchar contra la epidemia. A finales de 2007 se alcanzaron los 10.000 millones de dólares destinados a este fin, una cantidad casi 40 veces mayor que la de 1996, cuando solo se disponía de 260 millones de dólares¹³.



La preocupación por el trágico alcance de la enfermedad también llegó a la ONU, que ya en 1985 celebró la Iª

13 Fuente: Unaid.

Conferencia Internacional Contra el Sida (Atlanta, EEUU) y que desde entonces ha emprendido múltiples iniciativas relacionadas con el SIDA, creando incluso su propio espacio dentro del organismo, ONUSIDA (UNAIDS) en 1994.

En su informe anual de 2008 sobre la epidemia mundial del SIDA, la ONU incluye el problema de la corrupción dentro de los factores decisivos que "afectarán a la capacidad del mundo de hacer frente a los desafíos por delante". "Hacer rendir el dinero: pese al progreso concreto logrado en los últimos años en cuanto a obtener mucho más recursos para el VIH, los países a menudo encuentran dificultades para traducir el financiamiento nuevo en programas nacionales ampliados para la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH. En muchos casos, las acciones de diversas partes interesadas nacionales están coordinadas deficientemente y las debilidades en la infraestructura ralentizan la capacidad de los países para absorber nuevo financiamiento. En años recientes, se han tomado importantes medidas para abordar los factores que suavizan el impacto de una mayor cantidad de fondos; sin embargo, es imperioso tomar medidas considerablemente más firmes para reducir las diferencias en el acceso a programas básicos sobre VIH"¹⁴.

Asimismo, el problema de la corrupción en el SIDA ha salido a relucir en foros internacionales que versaban sobre la enfermedad. En 2003, durante las Conferencias Internacionales sobre el SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual en África (ICASA) en Nairobi (Kenia) el director ejecutivo de ONUSIDA, Peter Piot, dijo que para que los países donaran fondos debían estar seguros de que su efectivo no estaba siendo desviado o utilizado para otros fines. Además, pidió a los dirigentes de los países que aseguraran que los medicamentos iban a ser suministrados de forma equitativa¹⁵. Haciendo referencia a la corrupción y el malgasto en África, Piot advirtió de que los donantes sólo deducirían inmoralidad en la falta de fondos cuando no se pudiera demostrar que el dinero no se había

14 ONUSIDA, "El desafío mundial del VIH", en Informe..., op. cit., P. 27.

15 Agencia France Press, Nairobi, 26-10- 2003.



gastado adecuadamente. Como se puede ver, la transparencia en los fondos es un factor de importancia para que occidente otorgue recursos para luchar contra el SIDA, y los recelos causados por la mostrada corrupción en el continente alertan sobre ello.

Así, un año después de estas declaraciones de Piot, se puso en marcha la primera inactiva consensuada para controlar el transcurso del dinero, denominada los "**Tres unos**". "Los Tres unos" fue implantado en 2004, tras la Reunión de Alto Nivel en Washington DC (EEUU), "Consulta sobre Armonización de la Financiación Internacional para el SIDA". En ella, agencias y líderes mundiales acordaron implementar los principios de los "Tres Unos" en cada país y ofrecieron a la ONU la encomienda de ser el coordinador y guardián del proceso¹⁶.

Los principios de los "Tres unos" son:

- un marco nacional de actuación sobre el SIDA,
- una autoridad nacional de coordinación del sida y
- un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel nacional.

Su objetivo es alcanzar un uso más efectivo y eficiente de los recursos disponibles y asegurar una acción rápida y una gestión adecuada basada en resultados¹⁷.

Formas de Corrupción

En los países en desarrollo, la principal fuente de corrupción del sistema sanitario suele ser la adquisición y apropiación indebida de los fondos públicos destinados a los gastos de salud. Además, también se dan casos en los que los trabajadores sanitarios exigen una remuneración por servicios que deberían ser gratuitos. Estas formas se ven facilitadas por una administración corrupta, la insuficiencia de mecanismos de

16 Greenall, M., "La coordinación de las comunidades", ICASO, 2007, (ONUSIDA), p. 6.

17 <http://www.unaids.org/es/CountryResponses/MakingTheMoneyWork/default.asp>

supervisión y la inadecuada aplicación de los reglamentos que rigen el sector de la salud¹⁸.

Centrándose en el problema de la corrupción en el SIDA, un informe realizado por Anticorruption Resource Centre incide en el hecho de que los síntomas de la enfermedad cada vez son más fácilmente tratables, y en que la corrupción obstaculiza en gran medida el correcto funcionamiento de los retrovirales. "El sufrimiento derivado de los efectos del VIH puede ser aliviado efectivamente. Pero para ello, las administraciones deben trabajar efectivamente, libres de corrupción y otras malas prácticas"¹⁹, advierte este centro.

Paradójicamente, y en cuanto la necesidad de evaluación anteriormente mencionada, un informe elaborado por la Agencia Transparencia Internacional alerta de que en ocasiones la evaluación supone un aliciente para la corrupción. Uno de los métodos para evaluar el correcto funcionamiento de las partidas consiste en medir la rapidez en que se distribuye el dinero: "El hecho de que se evalúe el rendimiento de una subvención o préstamo en términos de lo rápido que se desembolsa incentiva tanto a donantes como a receptores a distribuir el dinero descuidadamente. Para los funcionarios corruptos, los presupuestos de rápida expansión ofrecen una mayor oportunidad de extraer fondos sin que nadie lo note. Esto es especialmente cierto cuando los sistemas de sanidad son frágiles, cuando hay una falta de control y supervisión, y cuando se ve limitada la capacidad de canalizar el dinero de manera efectiva".²⁰

Fondos Dirigidos a Prevención

Uno de los aspectos en los que la corrupción ha probado ser uno de los problemas son los fondos dirigidos a prevención, es decir, las medidas encaminadas a evitar el contagio de nuevas víctimas.

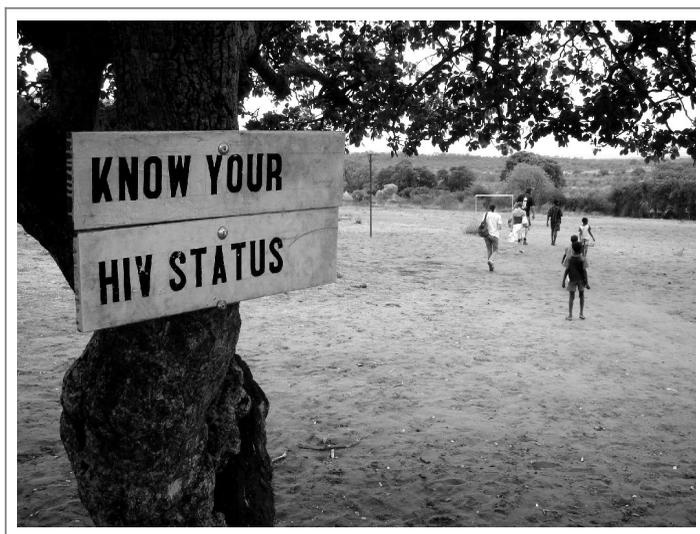
18 Anticorruption Resource Centre, VIH y la corrupción, la identificación de algunos enlaces.

19 *Ibidem* (18).

20 Tayler, L. y Dickinson, C., "Vínculo entre corrupción y SIDA", en Informe Global de la Corrupción 2006. (Transparencia Internacional), p. 132.



El VIH / SIDA se puede prevenir a través del uso exclusivo de agujas estériles y equipo quirúrgico, y por el cribado de las donaciones de sangre y plasma para los rastros del virus. Aunque de relativo bajo costo, en ocasiones estas medidas son ignoradas. Uno de los motivos es que el proceso de adquisición y distribución de suministros se lleva a cabo de forma corrupta, y el dinero destinado a comprar nuevo material estéril se queda en manos de otras personas. "También se ha descubierto el uso de equipos no estériles como una fuente adicional de ingresos: exigiendo pagos ilícitos a los pacientes que reclamen material estéril o reclamando dinero para la compra de nuevos equipos y desviando a continuación los fondos recibidos".²¹



Además, según el informe de corrupción y salud de Transparencia Internacional, existen casos en los que se presentan reclamos falsos para llevar a cabo programas de concienciación y salud que nunca se realizan²².

21 *Ibidem* (18) (F:\sida en africa\Versión traducida de http://www.u4.no/helpdesk-helpdesk-queries-query27_cfm.mht)

22 *Ibidem* (20), p. 128.

Corrupción en el Tratamiento de la Enfermedad

Sin embargo, tal y como agrega este mismo informe, los programas de tratamiento, es decir, el dinero destinado a retrovirales o a crear centros sanitarios, son más vulnerables a la corrupción. Ésta se puede vislumbrar desde el robo de los dirigentes de fondos que se asigna para tales tratamientos, hasta la petición de favores sexuales por proporcionar el tratamiento ARV.

La Red de Personas que viven con VIH de Malawi informó sobre situaciones de abuso de los trabajadores en los hospitales, que pedían favores sexuales, monetarios o materiales a cambio de la medicación y atención adecuadas. Tal y como denunciaron, quienes se negaban a proporcionar estos favores recibían atención deficiente. En los casos en los que se ha recibido atención de alta calidad, otros proveedores y pacientes tienen la sospecha de que los que proporcionan a ese nivel de atención han recibido sobornos.

Sin embargo, los fondos dirigidos a aplacar el virus son la partida más vulnerable a caer en manos corruptas, ya que es simplemente dinero. En este caso, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM) ha sido una de las entidades más sensibles a la corrupción.

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM) se creó en 2002 con el objetivo de luchar contra estas tres grandes pandemias mundiales. Es un ente público-privado que destina fondos directamente a los organismos locales, para que sean estos los que creen las infraestructuras suficientes para luchar contra estas enfermedades. El modelo del FM está fundado sobre la base de que las iniciativas locales tienen capacidad suficiente para llevar a cabo los proyectos de resolución del SIDA, (o sobre la base de que Occidente otorga el dinero y se limpia las manos). El Fondo Mundial ha aprobado hasta el momento una financiación de 11.400 millones de dólares en más de 550 programas de 136 países, y proporciona una cuarta parte de la financiación mundial para la lucha contra el SIDA²³.

23 El Fondo Mundial (<http://www.theglobalfund.org/es/about/>)



Por la propia naturaleza de la forma de gestión, otorgar el dinero y dejar que los países se hagan responsables de darle buen cauce, resulta sencillo comprender que en ciertos países y momentos se hayan dado casos de corrupción. El dinero es bienvenido por los países en vías de desarrollo, pero esta forma de luchar contra la enfermedad no soluciona el problema. El informe de Transparencia Internacional destaca que los países con mayores índices de corrupción reciben también fondos del FM.

De hecho, el FM ha llegado a interrumpir programas en los que había sospecha de falta de desvío de fondos²⁴. Por ejemplo, al Chad, un país de unos 10 y medio millones de habitantes y con una prevalencia del SIDA de un 3.5%, se le retiraron las ayudas del FM en 2006 por sospechas de malversación de fondos. A pesar de que en junio de 2007 estos fondos fueron restituidos, según publicó la agencia de noticias Afrolnews²⁵, el Chad supone un ejemplo de la falta de limpieza de la recaudación y puesta en marcha de mecanismos para la lucha contra el SIDA.

Caso de Kenia

El caso de corrupción en Kenia con las ayudas del Fondo Mundial fue más difundido, debido a la envergadura de los hechos y a que saltó a los medios de comunicación, como se hace eco Kenia Aids Institute, que recoge un artículo publicado por The Daily Nation el 8 de abril de 2004.

"El 22 de agosto de 2003, Margaret Gachara, directora del Consejo Nacional de Control del SIDA (órgano del Gobierno de Kenia encargado de coordinar los esfuerzos en la lucha contra el SIDA), fue destituida de su cargo y se le ordenó devolver 27 millones de chelines kenianos (0.3 millones de dólares) de su salario. Margaret Gachara había estado recibiendo un salario siete veces lo que debería tener derecho a que un alto funcionario"²⁶.

24 Ainhoa Iriberrí "La crisis que no solucionará el G 20",. Público 2-4-09 (<http://www.publico.es/ciencias/215242/crisis/solucionara/g>)

25 Afrolnews, "El fondo mundial levantará su supresión contra Chad" 16-8-07 (<http://www.afrol.com/es/articulos/26437>)

26 http://www.kenyaaidsinstitute.org/articles_nat_080404.htm

Tirando del hilo de este fraude, y con la sospecha de que no era sólo ella quien se había beneficiado de estos fondos, un informe de la Unidad de Control de la Eficiencia (Efficiency Monitoring Unit (EMU) reveló que funcionarios públicos de alto nivel habían utilizado durante años el NACC (siglas en inglés de National AIDS Control Council/Consejo Nacional para el Control del SIDA) "como vaca lechera", tal y como afirma el informe de Transparencia Internacional.

"El informe de 300 páginas del EMU reveló que Kenia no podría dar cuenta de 3.640 millones de chelines (48 millones de dólares) donados por Reino Unido desde 2001. Señaló una cifra de más de 490.000 dólares en el monto utilizado por empleados del NACC para pagarse sueldos inflados y gastos fraudulentos"²⁷. Además, el informe del EMU descubrió que al menos la mitad del dinero destinado a luchar contra el SIDA en las diferentes organizaciones comunitarias también había desaparecido.

La corrupción es un problema que envuelve al mundo entero y a casi todas las áreas económicas. Sin embargo, resulta sorprendente caer en la cuenta de que también afecta al SIDA. Los dirigentes sin escrúpulos, y ejemplos sobran en gran parte de los países del mundo, tampoco les tiembla la mano a la hora de destinar a otras cuentas los fondos dirigidos al SIDA.

Corrupción y Retrovirales

En occidente, gracias al descubrimiento y desarrollo de los tratamientos antirretrovirales (ARV) el SIDA es considerado como una enfermedad con la que se puede vivir. En cifras porcentuales, los retrovirales han reducido en un 77% el número de muertes a causa de la enfermedad. África también ha evolucionado mucho en este aspecto. Según la OMS, cerca de 3 millones de personas en el mundo reciben en la actualidad retrovirales, y existe la meta de que en 2010 el acceso sea universal, es decir, que los 22 millones de personas que en la

27 Tanui, K. y Ng'ang'a, N., "Corrupción en el Consejo Nacional para el Control del Sida en Kenia", en Informe de Transparencia Internacional 2006, p. 138.



actualidad viven con el SIDA en África subsahariana recibirán estos medicamentos.

"Ya nadie muere de SIDA en Occidente", afirmaba en un café de redacción sobre el SIDA el doctor Daniel Zulaika, Coordinador del Plan del Sida de servicio vasco de salud y presidente de Seisida. Sin embargo, en el caso de África, se considera que un individuo puede convivir con la enfermedad durante 6 años, cifra que puede duplicarse o incluso triplicarse en el caso de aplicarse tratamiento con retrovirales. Según afirmó el director del departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Kevin De Cock, en una conferencia sobre el SIDA de Toronto, los antirretrovirales han conseguido reducir en un 70% las muertes por SIDA en África²⁸.

Gracias a la actuación de diversos organismos internacionales los precios de los principales medicamentos antirretrovíricos se han reducido considerablemente en los últimos 10 años en África. La fijación de precios escalonados, en los que las compañías aplican distintos precios conforme a la capacidad de pago de cada país, ha reducido mucho los precios de los ARV. También las normas de comercio internacional, que establecen la aplicación flexible de cláusulas de propiedad intelectual con respecto a los medicamentos necesarios para enfermedades graves. Además, la existencia de una industria farmacéutica de genéricos en países como Sudáfrica ha ejercido presión para reducir los precios y ha aumentado el espectro de opciones asequibles para los programas nacionales de tratamiento²⁹. "Según informes no gubernamentales, el 92% de los países cuenta con políticas para la provisión gratuita de medicamentos antirretrovíricos"³⁰.

Sin embargo, un gran problema y desafío en la actualidad es el reparto equitativo de los retrovirales. A pesar de que se resalta que en 6 años el acceso a los tratamientos retrovíricos se ha multiplicado por 10, la cantidad muchas veces oculta quienes son las personas que los están recibiendo. "La equidad en el suministro de tratamiento será una profunda cuestión política

28 <http://www.consumer.es/web/es/salud/2006/08/17/154766.php>

29 ONUSIDA, "Tratamiento y atención", en Informe..., op. cit., p. 157

30 *Ibidem* (29), p. 152.

en los próximos años y, posiblemente, una fuente de conflicto. Una vez más, un consenso nacional sobre esta importante cuestión será necesario³¹.

Un nigeriano de 29 años afirmó en una declaración ante la Cumbre de Jefes de Estado de la Unión Africana de 2005, que los medicamentos retrovirales que llegaban no se entregaban a los que se debería, sino que se entregaba "a los grandes, que pagan soborno".³². El informe de ONUSIDA advierte de que "es necesario intensificar las medidas para asegurar la entrega oportuna de tratamiento contra el VIH a los niños, quienes tienen probabilidades marcadamente más reducidas que los adultos de recibir medicamentos antirretrovíricos"³³. Sin embargo, las prácticas desleales relacionadas con los ARV no se quedan sólo en el reparto desigual.

Se ha conocido un importante mercado negro con los tratamientos retrovirales. Las ARV encontraron en Tsavo Road, Nairobi (Kenia) un importante mercado negro, según un artículo publicado en "The Nation" el 22 de enero de 2004. Algunos de estos medicamentos se han filtrado de los sistemas de salud y algunas personas están inscritas en muchos programas y tienen ARV de sobra. Otras personas, por su parte, tienen acceso a la cadena de distribución a través de las farmacias de centros de salud y hospitales, y otras venden los medicamentos de su propio tratamiento.³⁴

De hecho, el éxito del tratamiento en los países de bajos recursos es un 28% inferior al éxito de los retrovirales en los países desarrollados económicamente³⁵. Uno de los motivos es que los tratamientos se interrumpen (los retrovirales requieren de un alto grado de compromiso para ser efectivos) debido a que, ante la falta de recursos, los convalecientes venden sus medicamentos en el mercado negro.

31 De Wall, A., "HIV/AIDS and the threat to security in Africa", (May 2004, Justice Africa, Addis Ababa) (http://www.justiceafrica.org/wp-content/uploads/2006/07/DeWaal_HIVAIDSandThreattoSecurityinAfrica.pdf)

32 Declaración de una OSC durante la Cuarta Cumbre de Jefes de Estado de la Unión Africana, enero de 2005, Nigeria.

33 *Ibidem* (29), p. 130.

34 *Ibidem* (29), p. 130.

35 *Ibidem* (29), p. 135.



Por otro lado, tal y como se ha explicado más arriba, en muchas ocasiones los ARV se suministran de forma gratuita. Esta iniciativa se está llevando en algunos países africanos, como por ejemplo Togo, el último en anunciar en noviembre de 2008 la distribución gratuita de los medicamentos retrovirales a través de la red del Suministro Central de Medicinas Esenciales y Genéricas (CAMEG)³⁶.

Una medida que parece positiva en un primer momento, puede llevar fácilmente a la corrupción, tal y como apunta el informe de Transparencia Internacional, que avisa de que "Cuando las ARV se prevén de forma gratuita o a previos muy subvencionados a través de programas financiados por donantes, es común que se solicite un "Pago complementario"³⁷.

En la actualidad, un mes de suministro de Combivir de Glaxo, Smithline, por ejemplo, cuesta unos 160 dólares en Inglaterra y unos 20 en Uganda, Tanzania y Kenia³⁸, "La ganancia potencial de la reimportación o el contrabando es enorme para los proveedores de los países en desarrollo y los vendedores de medicamentos en los países desarrollados"³⁹.

Falsificación de Medicamentos

En otro orden de cosas, es necesario mencionar la existencia de los medicamentos falsificados, que según la OMS suponen el 30% de todos los medicamentos retrovirales que se destinan al SIDA. Los expertos temen que la falsificación de fármacos esté también afectando al correcto tratamiento en los países africanos, al falsificarse las drogas antirretrovirales que se usan para el tratamiento del SIDA. De hecho, se han detectado falsificaciones de la combinación de drogas stavudine-lamivudine-nevirapine y de lamivudine-zidovudine⁴⁰.

Joseph Amon, director del Programa de Sida en Human Rights Watch, alertó en un artículo publicado en la revista *Globalitation and Health* sobre el problema de los falsos medicamentos contra

36 <http://meneame.net/story/togo-distribuir-gratis-medicamentos-contra-sida>

37 *Ibíd*em (20), p.129

38 *Ibíd*em (20), p. 130

39 *Ibíd*em

40 'La venta de drogas falsificadas', revista *Creces*, 2006 (Universidad Diego Portales).

el SIDA. En éste, afirmaba que las falsificaciones son tan antiguas como el SIDA, y que la falta de controles gubernamentales fomentan todavía más los falsos retrovirales.

"Billones de dólares que han sido empleados para aumentar los tratamientos antirretrovirales habrán sido utilizados en vano si los gobiernos pasan por alto las amenazas representadas por los tratamientos anti-sida no probados y la falsificación de drogas"⁴¹. Existen varios ejemplos probados de medicamentos que haciéndose pasar por remedios para el SIDA han sido comercializados.

Por ejemplo, el gobierno en Zambia alertó en 2007 sobre un medicamento para el SIDA, llamado Tetrasil, que estaba siendo promovido por un periodista que mantenía que era un producto probado en Estados Unidos. Cientos de personas en este país dejaron de tomar sus retrovirales creyendo que Tetrasil realmente solucionaría su enfermedad. Finalmente, se descubrió que este producto era un pesticida que se utilizaba en las piscinas⁴².

En Sudáfrica, el problema de los fármacos falsos incluso obligó a las autoridades del país a incrementar esfuerzos para controlar el problema. Tal y como expone un artículo de PlusNews publicado en 2006, "el Consejo para el Control de Medicamentos, Medicins Control Council (MMC) estimó que cerca de 30.000 medicamentos que habían sido registrados como tratamientos para el SIDA, la tuberculosis o algunas formas de cáncer, estaban siendo obtenidos por vendedores callejeros, curanderos tradicionales y otros puntos de venta"⁴³.

Conclusiones

Para evaluar las conclusiones que se pueden extraer de este estudio, hay que tener en cuenta que la corrupción es un acto delictivo, no reconocido por la Justicia y que, por ello, la

41 Amon, J., "Dangerous medicines: Unproven AIDS cures and counterfeit antiretroviral drugs", en *Globalization and Health* 2008, pp. 4-5 .

42 "Zambian Government Announces That Reported HIV/AIDS Cure Found To Be Pesticide", Agencia France Press 6-6-07 (<http://www.medicalnewstoday.com/articles/73084.php>)

43 Plusnews, Johannesburg, 26 de septiembre de 2006.



información que se encuentra relacionada con corrupción siempre estará sesgada y será incompleta. Grandes sumas de dinero que van destinados a combatir el SIDA habrán desaparecido sin que nadie haya percibido nada en absoluto y por tanto quedarán al margen de posibles estudios al respecto.

Sin embargo, y con los ejemplos que se han podido mostrar, queda claro que la corrupción también planea sus tentáculos sobre las diversas ramificaciones de la cooperación internacional y los propios mandos locales. Como hemos visto, uno de los organismos más sensibles a ser objeto de corrupción es el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la Malaria. Y que además hay países, como Zimbabue, en los que sus gobernantes (Robert Mugabe, presidente del país desde 1980 hasta la actualidad) creen que los recursos del país son propios y no les tiembla la mano hay hacer uso de ellos de la forma menos discreta.

Gracias a este trabajo, podemos comprobar también que no son sólo los gobernantes, sino que también a veces quien los distribuye pide favores a cambio, e incluso estos se falsifican y dejan de actuar. Además, la falta de recursos o el poco conocimiento acerca de cómo funciona realmente el tratamiento hace que los propios pacientes vendan sus antirretrovirales.

Por otro lado, queda constancia de que la corrupción es un factor más dentro de la cadena concatenada de factores, y además, resulta de menor trascendencia que otros factores, como la falta de educación sexual, de centros sanitarios adecuados o tradiciones de algunos clanes que el virus ha convertido en letales, como que el hombre deba casarse con su cuñada si muere su mujer. Esto lo podemos comprobar en el caso de Botsuana, con un índice de corrupción menor al de Italia y sin embargo, el segundo país con mayor prevalencia del SIDA.

En conclusión, la corrupción afecta y forma parte del problema, pero no es el factor clave, y existen otros que claramente tienen mayor trascendencia. Mi percepción al realizar este trabajo es que para combatir el SIDA sería necesaria una mayor educación y consciencia de la envergadura del problema, no sólo por parte

de los entes locales y la población civil, sino de todo el mundo, una mayor involucración y consciencia de la importancia de un problema que causa más muertes que cualquier guerra y que con un esfuerzo común sería posible erradicar.

Bibliografía

Informes

ONUSIDA (UNAIDS), Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2008.

TAYLER. L, DICKINSON, C., "Vínculo entre corrupción y SIDA", en Informe Global de la Corrupción 2006, (Transparencia Internacional).

TANUI.K, NG'ANG'A, N., "Corrupción en el Consejo Nacional para el Control del Sida en Kenia", en Informe de Transparencia Internacional 2006.

HERITAGE AND WSJ., Índice de Libertad Económica 2008.

MATTHEW GREENALL (ICASO 2008), Informe "La coordinación de las comunidades".

ANTICORRUPTION RESOURCE CENTRE., VIH y la corrupción, la identificación de algunos enlaces.

MILTON AMAYUN, DR. MED., MSP AMANDA EPSTEIN., Trabajando con el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria.

DE WALL, A., "HIV/AIDS and the threat to security in Africa", (May 2004, Justice Africa, Addis Ababa).

TRANSPARENCIA INTERNACIONAL., Corrupción y Desarrollo 2008.

Artículos de Prensa

"La terapia con antirretrovirales reduce las muertes en África a niveles europeos", Portal Eroski 17-6-2006.

(<http://www.consumer.es/web/es/salud/2006/08/17/154766.php>)

Mail & Guardian, Sudáfrica, 04-03-07.

"Health-Aids-Africa: Corruption, Fair Access to Drugs are Keys to Aids Fight, Africa Told", Agencia France Press, Nairobi, 26 de septiembre de 2003(Richard Ingham).

"La crisis que no solucionará el G-20", Público Ainhoa Iriberry, 02/04/2009.

"La venta de drogas falsificadas", revista Creces, 2006.

"Zambian Government Announces that Reported HIV/AIDS Cure Found to be Pesticide", Medical News Today, (6-6-2007).

Plusnews, Johannesburg, 26 de septiembre de 2006.

Coobardia, H. y Hadingham, J., "VIH/SIDA las tendencias mundiales, los fondos globales y la entrega de cuellos de botella", en Globalization and Health, 2005.

Amon, J., "Dangerous medicines: Unproven AIDS cures and counterfeit antiretroviral drugs", en Globalization and Health 2008.



Recursos Web

<http://www.afrol.com/es/articulos/27659>

<http://www.macchianera.net>

<http://www.undp.org/spanish/mdg/goal6.shtml>

<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

<http://www.unaids.org/es/CountryResponses/MakingTheMoneyWork/default.asp>

http://www_u4_no-helpdesk-helpdesk-queries-query27_cfm.mht

<http://www.theglobalfund.org/es/about/>

http://www.ccih.org/Global_Fund/FBO.Global.Fund.Manual.Spanish.OBF_y_el_FM.pdf

<http://www.theglobalfund.org/es/about/>

http://www.ccih.org/Global_Fund/FBO.Global.Fund.Manual.Spanish.OBF_y_el_FM.pdf

http://www.justiceafrica.org/wp-content/uploads/2006/07/DeWaal_HIVAIDSandThreattoSecurityinAfrica.pdf

<http://meneame.net/story/togo-distribuir-gratis-medicamentos-contra-sida>

<http://www.globalizationandhealth.com/content/4/1/5>



La epidemia del VIH/SIDA en el África Subsahariana: situación, impacto y progresos

Dr. Jesús M Gracia Calleja *

Introducción

Desde el año 1981 cuando los primeros casos de sida fueron descritos en la revista científica del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) , poca gente podía imaginar que fuese el comienzo de una pandemia mundial y que casi treinta años mas tarde a pesar de todos los avances estamos aun lejos de poder controlar. Esos cinco casos iniciales se han convertido en varias decenas de millones de personas afectadas por el VIH en todo el mundo.

Se tienen suficientes conocimientos para poder afirmar que la epidemia se origino en la zona de los grandes lagos (posiblemente varios focos) y África Central para expandirse posteriormente en África Occidental y mas tarde en los años 90 en África Austral. El salto de los monos a los humanos se cree que ocurrió a principios del siglo XX.

Entrados en tercer decenio de la epidemia del VIH, el sida se ha convertido la enfermedad mas devastadora de la historia de la medicina y en un problema mas allá de salud publica. Prueba de ello es que en enero del año 2000, el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, cuyo función principal es el mantenimiento de la paz internacional, debatió por primera vez un tema de salud como asunto de seguridad internacional. El Consejo de Seguridad adoptó varias resoluciones al respecto ya que se

* Epidemiólogo especializado en enfermedades infecciosas de la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra (Suiza). Actualmente, trabaja en el Departamento de Pruebas Científicas e Información para las Políticas, habiendo desempeñado sus funciones en otros departamentos de la OMS, tales como el Departamento de VIH/SIDA. Anteriormente, trabajó como epidemiólogo en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en la Unidad de Información Estratégica en Ginebra.



considero el sida era un elemento importante para el riesgo de seguridad de los países. Un año mas tarde, en junio 2001, los gobiernos de todo el mundo en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida aprobaron la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida. Aprobada por mayoría absoluta esta Declaración de Compromisos estableció por primera vez objetivos con plazos fijos en relación con los cuales pueden exigirse responsabilidades tanto a los gobiernos como a las Naciones Unidas. Por ultimo recordar que dentro de los objetivos globales del Milenio adoptados por los países miembros de Naciones Unidas, hay tres relacionados con la epidemia del VIH/sida.

Es evidente que la pandemia del VIH/sida ha superado el ámbito puramente sanitario para convertirse en el problema social más importante de comienzos de este siglo.

El propósito de este artículo es presentar los últimos datos globales epidemiológicos de la infección VIH pero sobre todo los datos relacionados con África Sub Sahariana, describir también brevemente el impacto de la epidemia y los progresos realizados en este continente a través de la respuesta nacional y la cooperación internacional.

Situación Mundial

La epidemia de SIDA se cobró casi tres millones de vidas en 2007, y se estima que dos millones de personas contrajeron el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a lo largo del mismo año, lo que eleva a 33 millones el número de personas que viven con el virus en todo el mundo. De las aproximadamente 7,500 nuevas infecciones diarias ocurridas en el 2007, en su gran mayoría (95%) ocurren en los países en vías de desarrollo, en su mayoría son adultos, pero casi el 50% de estas nuevas infecciones son en mujeres o jóvenes de 15 a 24 años.

Desde el inicio de la epidemia mas de 65 millones de personas han sido infectadas por el VIH y aproximadamente unas 25 millones han muerto a causa del sida. La muerte de tantos

adultos en edad productiva ha conllevado un aumento considerable del número de huérfanos, y actualmente se estima que hay unos doce millones de huérfanos (menores de 15 años), de los cuales en su mayoría residen en África Sub Sahariana.

La heterogeneidad es la norma en esta epidemia. Así la epidemia del sida no tiene un patrón único si no que presenta diversas variaciones de acuerdo a su modo principal de transmisión y otros factores que determinan la extensión y diseminación del VIH. Las diferencias y particularidades de la epidemia del VIH/sida ocurre también dentro de los países y las diferente poblaciones afectadas.

África Subsahariana

África subsahariana, continua siendo el foco central de la epidemia y sigue es la región más afectada del mundo, tiene en la actualidad a unos 22,4 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, lo que representa el 67% del total de la carga mundial de enfermedad.

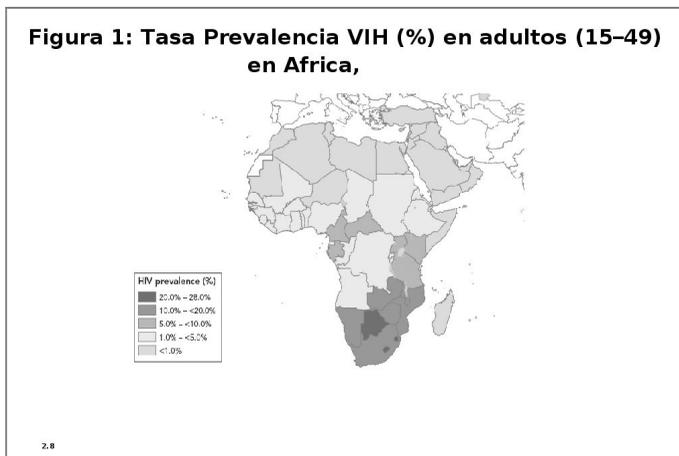
En 2007 se produjeron aproximadamente 1.7 millones de nuevas infecciones en este continente, y se estima que la epidemia se cobró la vida de unos 1.6 millones de africanos a lo largo del mismo año. En total se estima que viven con el VIH 10 millones de jóvenes (de 15-24 años) y casi tres millones de niños menores de 15 años en esta región. La epidemia afecta desproporcionadamente a las mujeres, que representan el 61% de las personas que viven con el VIH en la región.

En 2007, África meridional representó prácticamente un tercio (32%) de todas las nuevas infecciones por el VIH y defunciones por el sida a nivel mundial.

África austral registra las mayores prevalencias de VIH a nivel mundial como lo representa la figura 1. Y Swazilandia, con una prevalencia nacional del VIH en adultos del 26% es la más elevada del mundo. Sin embargo varios estudios revelan que la epidemia de Zimbabwe ha disminuido en los últimos años, y se ha registrado un descenso significativo en la prevalencia del VIH



en embarazadas, de un 26% en 2002 a un 18% en 2006. Entre embarazadas jóvenes (15– 24 años), la prevalencia disminuyó del 21% al 14% en el mismo periodo.



En la mayor parte de África subsahariana, la prevalencia nacional del VIH se ha estabilizado o muestra signos de disminuir. En Côte d'Ivoire, Kenya y Zimbabwe, se registraron descensos en la prevalencia nacional, en concordancia con las tendencias anteriores. En algunos países (Camerún, Kenya, Zimbabwe, Malawi, Rwanda, Togo, República Unida de Tanzania y Zambia), los datos sobre las tendencias de comportamiento sexual entre jóvenes son alentadores y sugieren que las iniciativas de prevención del VIH están dando resultado.

La disminución en la incidencia del VIH se vincula, en cierta medida, con notificaciones de comportamiento sexual más seguro, respaldadas por pruebas de un mayor número de personas que evitan las relaciones sexuales con parejas no habituales y de un menor número de varones adultos que pagan para tener relaciones sexuales.

Sudáfrica, con cerca de 5,5 millones de personas que viven con el VIH, es el país con el mayor número de infecciones del mundo. En coincidencia con tendencias similares de otros países de la región, las mujeres jóvenes de Sudáfrica afrontan riesgos

más altos de contraer la infección que los varones: las mujeres entre 15 y 24 años conforman alrededor del 90% de las nuevas infecciones por el VIH.

En Botswana, una disminución en los niveles del VIH entre embarazadas en los últimos años (del 36% en 2001 al 32% en 2006) da a entender que la epidemia posiblemente haya alcanzado su punto máximo y que podría estar en descenso.

La excepción en esta región la marca Angola donde los últimos datos provenientes indican que la prevalencia del VIH entre embarazadas era similar en 2004 y 2005, lo que sugiere una posible estabilización de la epidemia.

En la mayor parte de África oriental, la prevalencia del VIH en adultos es estable o bien presenta una ligera disminución. La última tendencia es más notoria en Kenya, que experimenta un declive lento pero firme en las infecciones por el VIH con indicios de un cambio de comportamientos, especialmente entre adultos jóvenes solteros.

Datos combinados provenientes de Uganda señalan una necesidad urgente de reavivar y adaptar el tipo de iniciativas de prevención que ayudaron a controlar la epidemia del país en la década de los 90. Pese a una tendencia general a la estabilización de la prevalencia del VIH, la creciente población del país, en combinación con indicios de aumentos de la infección por el VIH en algunas zonas, podría sugerir un resurgimiento de la epidemia; con una tasa de fertilidad cercana al 7%.

Las epidemias en África occidental por lo general son estables, a excepción de Burkina Faso donde se ha registrado un descenso en la zonas urbanas,

Tanto en Burkina Faso como en Costa de Marfil se observan indicios de un cambio hacia comportamientos que pueden limitar la propagación del VIH. El uso de preservativos durante las relaciones sexuales con una pareja no habitual aumentó considerablemente para las mujeres —de 39% a 53% entre 1998–1999 y 2003 en el primero, y de 21% a 34% entre 1998 y 2005.



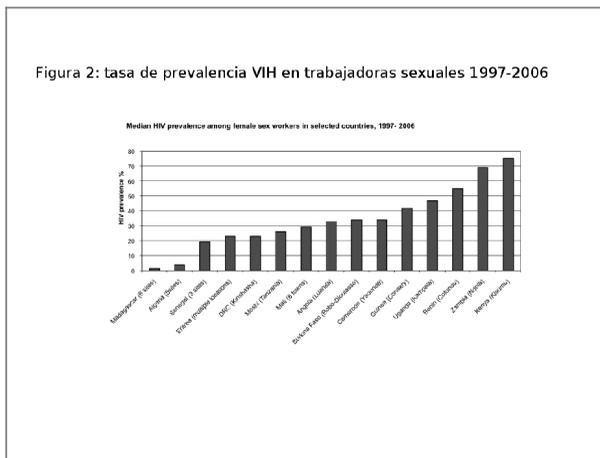
En la República Centroafricana, la prevalencia nacional del VIH en adultos se encuentra entre las más altas de África occidental y central y, según una encuesta nacional realizada en 2006, se estima que es de un 6,2%.

A pesar de algunos progresos muy puntuales, todavía queda mucho camino por recorrer. La inmensa mayoría de los africanos –más del 90%– no ha contraído el VIH. Poner en marcha medidas de control y prevención para disminuir los nuevos casos de VIH supone un gran reto con el objetivo prioritario de proteger a los jóvenes.

Las epidemias en África Sub Sahariana se han categorizado como generalizadas, sin embargo existen también poblaciones vulnerables que tienen al igual que en otras regiones sero prevalencia tan altas como en otras regiones.

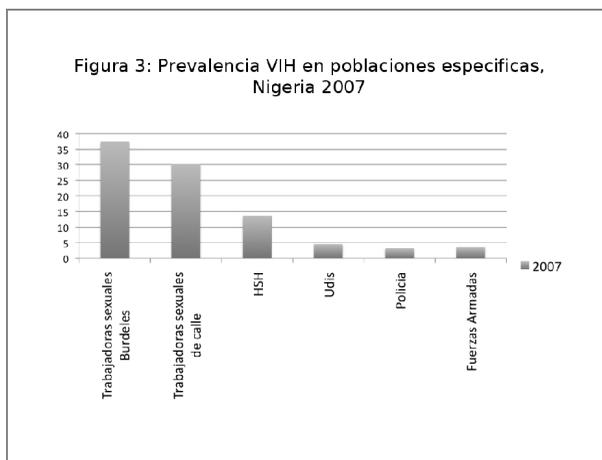
En el caso de las trabajadoras sexuales las tasas de prevalencia son también muy elevadas, registrándose tasas con valores extremos de menos del 5% en Madagascar, pero con más del 30% en países como Angola o estudios que han revelado tasa de 70% en Algunas regiones de Kenya.

Figura 2: tasa de prevalencia VIH en trabajadoras sexuales 1997-2006



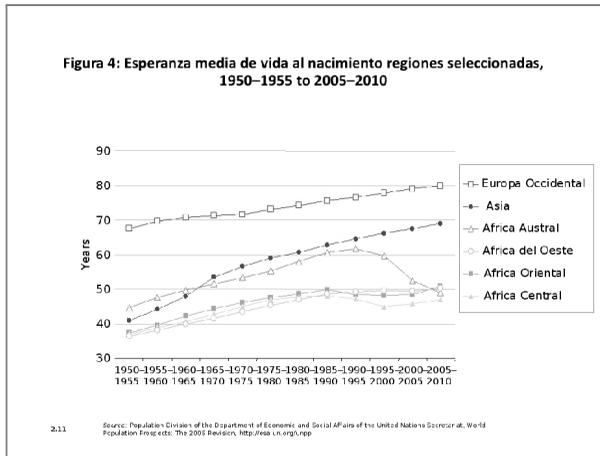
La homosexualidad es un tabú en muchas regiones y el estigma social asociado con ella, ha conllevado a un aumento de la

infección en estas poblaciones. En los últimos años se han realizado diferentes estudios que han mostrado que las tasas de prevalencia son mas altas en esta poblaciones en diferentes países africanos con tasa que varían entre el 10 y el 16% en Senegal o Kenya. Como muestra de ello un estudio reciente realizado en Nigeria mostraba valores del 13% en homosexuales, el 5.6% en usuarios de drogas y valores alrededor del 30% en trabajadoras sexuales.



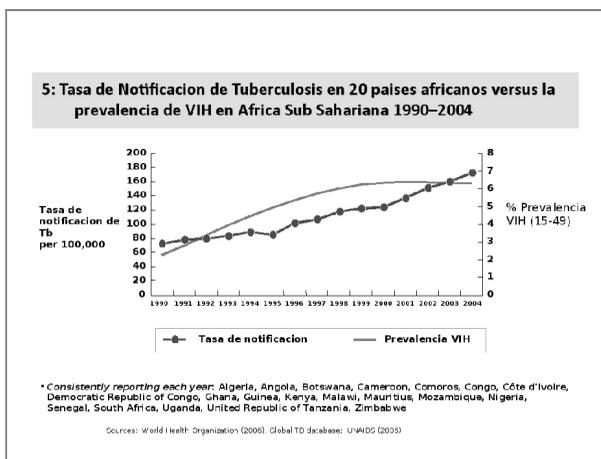
Impacto De La Epidemia

Sin duda el mayor impacto de la epidemia ha sido el aumento de la mortalidad general en ciertos segmentos etarios de la población. El sida se ha convertido en la cuarta causa de mortalidad global siendo responsable de aproximadamente un 5% de las muertes totales en el mundo. Por supuesto con las tasas mas elevadas en África el sida es la causa principal de mortalidad en la población general. Estos altos índices de mortalidad en jóvenes adultos han conllevado al deterioro de los indicadores básicos de salud como la esperanza media de vida. En los países mas afectados como en el África austral la esperanza media de vida ha pasado de los 62 años en los años noventa a menos de 50 en el 2000 como lo muestra la figura 4.



El crecimiento de la población en un país depende de la tasa de fertilidad, la mortalidad y el movimiento migratorio. En África la tasa de crecimiento de población está disminuyendo especialmente en los países más afectados por el VIH. Se ha estimado que para el año 2010 las tasas de crecimiento de población en África del Sur y Zimbabwe se reducirán en un 75%, en Kenya un 66% y en Nigeria un 40%.

Otro gran impacto que la epidemia del VIH ha tenido ha sido el incremento de la tuberculosis en todo el continente. Se estima que entre el 50% y el 80% de los pacientes con tuberculosis de África meridional también son VIH-positivos, lo que pone en evidencia la urgencia de abordar la coinfección VIH/TB en la región. Según los datos recogidos en 20 países la tasa de notificación de casos de tuberculosis por 100 000 habitantes ha pasado de 60 a 160 casos por cada 100 000 habitantes. Este aumento de la tasa de notificación se correlaciona directamente con el aumento de la prevalencia del VIH en estos 20 países como lo muestra la gráfica de la figura 5.



La transmisión de la infección materno infantil y la alta tasa de mortalidad adulta ha influenciado directamente e indirectamente el aumento de la tasa de mortalidad infantil en los países más afectados por el VIH. En numerosos países africanos se ha registrado un aumento de la mortalidad infantil debido en parte a la epidemia del VIH.

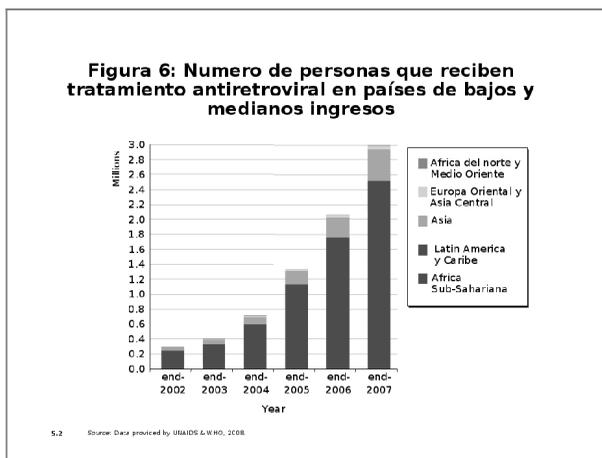
Diferentes estudios han demostrado el impacto económico en términos macroeconómicos. Por ejemplo se ha estimado que el Producto Nacional Bruto en África del Sur será un 17% más bajo en el 2010 a causa del sida. Pero también se ha demostrado el impacto directo que tiene el sida en las economías familiares. En África subsahariana apenas existen sistemas sociales de protección por lo que un aumento de la morbilidad en los miembros de una familia se traslada en un incremento del gasto en salud directo de las familias afectadas. En Costa de Marfil un estudio demostró que las familias con personas afectadas por el VIH, el costo en salud se cuadruplica mientras que las entradas monetarias familiares disminuyen entre un 52% y un 67%. Por otra parte también estudios realizados por la FAO han demostrado el impacto negativo en la producción de alimentos en sociedades mayoritariamente rurales.



Las Respuestas Nacionales Y Sus Progresos

La epidemia del VIH ha mostrado las grandes desigualdades existentes del acceso a tratamientos que disminuyen la carga viral, y aunque no son curativos si que han demostrado su eficacia en prolongar la vida y mejorar su calidad en las personas afectadas. Mientras que estos medicamentos estaban disponibles desde 1996 en los países ricos, solo a partir del 2002-2003 comenzaron a establecerse programas de tratamiento.

Tal vez la mayor visibilidad de la respuesta en los últimos seis años han sido el dramático aumento de las personas en tratamiento antirretroviral. En solo seis años el numero de personas que reciben ARV en los países de bajo y mediana renta ha alcanzado los tres millones de personas, siendo África la región que ha registrado el mayor incremento como lo muestra la grafica 6. El numero de personas que recibían tratamientos con antirretrovirales paso de alrededor de 100 000 personas en el año 2003 a algo mas de 2 millones de personas cinco años mas tarde. Pero a pesar de todo las diferencias entre la cobertura de tratamiento antirretroviral y las necesidades es muy importante, estimándose que actualmente hay todavía un 60% de las necesidades a cubrir.



Especialmente positivas son las respuestas que involucran y confieren prioridad a los jóvenes, tal como lo demuestran las experiencias de Etiopía, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Los niveles de prevalencia del VIH en mujeres jóvenes de Addis Abeba disminuyeron en más de un tercio entre 1995 y 2001. En adolescentes embarazadas de Sudáfrica, los niveles de prevalencia del VIH se redujeron en una cuarta parte entre 1998 y 2001. La prevalencia sigue siendo inaceptablemente alta, pero estas tendencias positivas confirman la utilidad de invertir en respuestas dirigidas a los jóvenes y en la prevención.

Uno de los grandes retos para los próximos años es el incremento a gran escala de los tratamientos antirretrovirales que han mostrado su eficacia en el retraso de la aparición del sida, en la prolongación de la vida de los pacientes afectados con la disminución de la mortalidad y la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

Existen tres obstáculos para aumentar a mayor escala los tratamientos.

En primer lugar los recursos financieros. Los altos costes de la terapia antirretroviral han hecho imposible la accesibilidad a dichos tratamientos por parte de los países más pobres. A pesar de la disminución drástica de los costes directos de los medicamentos en los últimos dos años todavía estos costos son elevados para la mayoría de los países. Debemos de recordar que el gasto medio en salud en África Subsahariana es aproximadamente de 6 a 10 euros por persona y año y el costo anual de la terapia cuádruple con medicamentos genéricos es aproximadamente 250 euros. Sin embargo hay que reconocer que existe un incremento de los recursos disponibles a nivel mundial para los tratamientos como lo muestra la creación del Fondo Global para el sida, tuberculosis y malaria (GFATM siglas en inglés), los fondos disponibles por el Banco Mundial a través de su programa MAP o los programas bilaterales de EEUU conocido bajo el nombre de PEPFAR en sus siglas en inglés. Por último la crisis financiera actual dificulta el aumento de la cobertura de los programas de atención, cuidados y tratamiento.



El segundo obstáculo mayor existente es en el ámbito político. Los medicamentos se regulan en el comercio mundial a través de las patentes. El alto coste de las inversiones necesarias para el desarrollo de medicamentos ha hecho que esta industria esta mayormente basada y controlada por multinacionales de los países de ingresos elevados. La Organización Mundial de Comercio regula también los aspectos concernientes los intercambios comerciales. Existen los medicamentos pero la regulación existente actualmente sobre las patentes hace que sean inaccesibles.

Por ultimo el tercer obstáculo existente es en el ámbito técnico. Desde la introducción del AZT como primer medicamento antirretroviral en 1996, existen hoy en día mas de treinta medicamentos registrados como terapéuticos. Diferentes pautas de tratamiento han sido prescritas. Los regímenes terapéuticos son más complejos y deben de ser cambiados según la evolución del paciente. Además se requiere idealmente tener acceso a equipos de laboratorio capaces de medir los niveles de células CD4. Debido a que se trata de nuevos medicamentos se necesita formar al personal de salud en la utilización de los mismos y diseñar estrategias alternativas de tratamiento en caso de resistencias. En la actualidad el numero de profesionales de salud formados en el uso de nuevas terapias retrovirales y las disponibilidades tecnológicas son muy limitadas en la mayoría de los países mas afectados por el VIH.

Tenemos confianza en que estos obstáculos podrán vencerse en los próximos años, pero hay que recordar que la estrategia de tratamiento es tan solo una de las estrategias que deben de ser utilizadas en la lucha contra el VIH. La mitad de los afectados en 2002 eran jóvenes de 15 a 24 años. La prevención de la transmisión del VIH debe de seguir siendo el objetivo principal de los programas nacionales de sida.

Existen múltiples estudios y países que han mostrado la eficacia de las diferentes intervenciones diseñadas para la prevención del VIH. El resto esta en poder desarrollar estas actividades a mayor escala en las poblaciones y países mas afectadas o potencialmente con mas riesgo de infección.

Muchas personas han puesto su esperanza en el desarrollo de una vacuna y microbicidas como barreras preventivas. Desgraciadamente hasta el presente todos dos resultados de estas investigaciones han sido negativos y decepcionantes por su falta de resultados positivos. Pero a pesar de todo hoy en día existen varios estudios en el desarrollo de vacunas, pero antes de que finalicen los estudios para poder mostrar su eficacia y poder entrar en la fase de producción y distribución pasaran todavía bastantes años.

Desde hace casi treinta años la pandemia del VIH/sida esta afectando a todo el globo y de hecho se esta convirtiendo en endémico en la mayoría de los países. Aunque la mayor parte de las personas infectadas residen en los países en vías de desarrollo, el VIH/sida es tan globalizado como la economía y es un problema que incumbe a todos los países tanto pobres como ricos. Tanto desde un punto de vista moral como de intereses propios los países con mas recursos deben de involucrarse y comprometerse en la lucha contra este flagelo que afecta a todos y tiene implicaciones globales.

Bibliografía

CDC MMWR 1981

UN Security Council Resolution 1308/2000

UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS, UNGASS on HIV/AIDS, 25-27 June 2001

UNAIDS, Report on the global HIV/AIDS epidemic , June 2008

UNAIDS/WHO "AIDS epidemic update: December 2007

Peter Lamptey "Reducing heterosexual transmission of HIV in poor countries. BMJ 2002;324:207-211

WHO, World Health Report, 2004

WHO, Report in the progress towards Universal Access Report 2008

Helen Jackson. AIDS in África: continent in crisis. SAFAIDS 2002

WHO HIV surveillance epidemiological update 2007.

WHO/UNAIDS Epidemic Update 2007

**SODEPAZ****Solidaridad para el Desarrollo y la Paz**

Teléfonos 902 367 192 - 915 228 091

Móvil 616 404 444

Fax: 91 532 30 29

Sede Social y territorial de Madrid

C/La Palma, 69, tienda

28015 Madrid

madrid@sodepaz.org

Andalucía

Avda. De Jerez 128 bajo

Sevilla – 41014

Móvil 629 839 819

Fijo 954 538 393

andalucia@sodepaz.org

Asturies

asturias@sodepaz.org

Cantabria

Aldea de Concha. Ruiloba

Móvil 649 893 191

Galicia

Rúa da Rosa, 36

Santiago de Compostela, A Coruña

Castilla La Mancha

C/Comercio 22, 3

Toledo

Fijo 925 258 710

castillalamancha@sodepaz.org

Bizkaia

C/OLETXE, 45 BAJO-

48960 USANSOLO (BILBAO)

Gipuzkoa

Isabel II, 31 -5ºF

20011 DONOSTIA

euskadi@sodepaz.net

Extremadura

C/Jerez, 5, 1

Zafra (Badajoz)

extremadura@sodepaz.org

Nafarroa

C/Grupo de Rinaldi, 3

31007 Iruñea

Fijo 948 275 276

nafarroa@sodepaz.net

La crisis económica dentro del desarrollo histórico de la cooperación internacional en salud

Jose Luis de la Flor*

Una Reflexión en Torno a las Posibilidades de Nuevas Agendas Políticas Contra-hegemónicas

Introducción

En este artículo reivindicamos el interés de recuperar la historia para comprender cómo se ha ido construyendo la cooperación internacional en salud hacia África. Con la recuperación de este proceso queremos subrayar la importancia histórica que ha tenido el contexto internacional en la construcción de las agendas y las políticas de salud hacia África. Es dentro de este relato histórico donde investigamos el papel que las relaciones de poder han jugado en la atención médica dispensada desde el colonialismo a la población africana. Y en concreto, prestamos atención a las relaciones de poder surgidas de un conocimiento que producido históricamente por diferentes comunidades de expertos y organismos internacionales han legitimado las agendas y las políticas internacionales de salud dirigidas hacia África. En relación a todo ello y ante la insistencia por prevenir los efectos perniciosos que para la financiación de la ayuda en salud puede producir la actual crisis económica, nuestro artículo defiende la necesidad de crear una agenda de investigación que considere el ámbito internacional como un determinante fundamental en las políticas de salud para África.

* José Luis de la Flor es licenciado en Farmacia (UCM), investigador del Grupo de Estudios Africanos (UAM) y doctorando del programa de Relaciones Internacionales y Estudios Africanos (UAM). Su tesis doctoral trata la localización de África dentro del desarrollo histórico de la cooperación internacional en salud.



La estructura de este artículo se divide en tres partes. En la primera presentamos el dominio de una mirada hacia la enfermedad en África. Desde el colonialismo hasta finales de 1960, la ausencia de enfermedad fue comprendida por diferentes organismos y autoridades internacionales como un prerrequisito para el desarrollo. Tanto el desarrollo de las colonias europeas en África, como las primeras agendas internacionales de desarrollo surgidas durante la guerra fría, fortalecieron el combate contra la enfermedad y sus vectores de transmisión frente a las necesidades de atención sanitaria a la población. La segunda parte comienza a partir de la década de los sesenta cuando una mirada centrada en la salud de la población africana desplaza la hegemonía de la atención exclusiva a la enfermedad. Entonces, distintos movimientos en el ámbito internacional posibilitaron institucionalizar la Atención



Primaria en Salud (APS) como una herramienta básica para el diseño de las estrategias de salud nacionales. Desde la década de los ochenta la reforma de la estrategia de la APS y con ello la reforma continua de los servicios de salud centrara la agenda sanitaria de los donantes y los organismos internacionales. La tercera y última parte recupera las dos últimas décadas y en

concreto: la emergencia del VIH/sida en África, el papel jugado por diferentes organizaciones de la sociedad civil y el concepto de desarrollo humano. Dentro de este marco sucede la actual crisis económica que se incorpora así a un proceso histórico de más larga duración. Aunque defendemos interpretar las políticas internacionales de salud hacia África como un proceso de longue durée el presente artículo dedica gran parte del mismo a comprender cómo desde la década de los ochenta las políticas neoliberales económicas han dirigido la reforma de los servicios de salud en África. En todo caso es necesario aclarar que como bien señalan los estudios en desarrollo humano en África no podemos caer en la tendencia de homogenizar sanitariamente todo el continente. Por ejemplo la variabilidad de los indicadores de incidencia y prevalencia del VIH/sida en las sociedades africanas hablan de contextos sociales y políticos distintos (Bidaurratzaga, 2007). Respetando esta pluralidad lo que el artículo quiere subrayar es la importancia histórica que el ámbito internacional ha tenido en la definición de los criterios de gestión de la salud y la enfermedad de la población africana.

Una Mirada Centrada en la Enfermedad

El origen de la cooperación internacional en salud a mediados del siglo XIX y la expansión colonial en África compartieron el interés por combatir las enfermedades infecciosas que amenazaban el desarrollo económico y la salud de la población europea. El inicio de un lenguaje sanitario internacional fue independiente de un conocimiento científico sobre el origen y la naturaleza de las enfermedades infecciosas. Pero, la lucha contra las enfermedades, que fue un requisito imprescindible para los intereses coloniales europeos, proporcionó un tipo de conocimiento que sirvió para crear las primeras burocracias sanitarias y organismos internacionales de salud. Tras la Segunda Guerra Mundial la incorporación de una idea de desarrollo no varió esta dinámica de lucha contra la enfermedad. Una agenda política internacional caracterizada por las teorías de la modernización y un legado sanitario colonial que desatendía las necesidades médicas de la población colaboraron a mantener la hegemonía del combate contra la enfermedad.



El Origen de la Cooperación Internacional en Salud

Durante la primera mitad del siglo XIX se extendieron por Europa tres epidemias de cólera. Los estados europeos usaban diferentes tipos de cuarentenas para proteger la salud de su población; pero a su vez las diversas regulaciones cuarentenarias era materia de conflicto entre las naciones europeas. Mientras los estados mediterráneos exigían el fortalecimiento de las medidas cuarentenarias en las rutas orientales, principal vía de introducción del cólera en Europa, Gran Bretaña abogaba por relajar unas cuarentenas que no habían frenado las anteriores oleadas de cólera pero si habían obstaculizado el libre tránsito de barcos, mercancías y pasajeros con sus colonias Orientales. Para buscar una unidad de acción común frente al cólera los estados europeos se reunieron en 1851 en París en la primera Conferencia Sanitaria Internacional que buscaba una manera uniforme de regular sus diversas medidas cuarentenarias. De 1851 a 1938 se celebraron con gran periodicidad catorce Conferencias Sanitarias Internacionales, que extendieron las medidas cuarentenarias frente al cólera y las otras dos enfermedades que amenazaban el comercio y la salud de Europa, la peste y la fiebre amarilla. Un lenguaje sanitario internacional surgió bajo la norma del "mínimo de dificultad para el comercio con el máximo de protección para la salud pública" (Filder, 2001: 79; Mateos Jiménez, 2005: 342). Este nuevo lenguaje reflejó tanto los intereses de Europa en relación a la enfermedad como las tensiones surgidas entre los diferentes intereses de las potencias europeas.

Las seis primeras Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1891) se celebraron sin un conocimiento científico sobre el origen y la transmisión de las enfermedades epidémicas. Las diplomacias sanitarias europeas formadas por un médico higienista y un delegado estatal instrumentalizaron una creencia miasmática o una creencia contagionista para la persecución de sus intereses internacionales en relación al control de la enfermedad. En el primer caso se defendía que las enfermedades epidémicas se extendían y originaban por gases



o miasmas producidos en el ambiente y relacionados con la materia en descomposición. Un origen miasmático de la enfermedad fue argumentado por Gran Bretaña para criticar la ineficacia de las medidas cuarentenarias y proponer fortalecer las medidas higiénicas y de limpieza en los barcos. Por su parte las creencias contagionistas, defendidas por los estados mediterráneos, consideraban que las cuarentenas y los cordones sanitarios frenaban el avance de unas enfermedades epidémicas, que sin saber cómo, se transmitían entre la población. La ausencia de un conocimiento bacteriológico y el conflicto entre las creencias miasmáticas y contagionistas no impidió que durante las primeras Conferencias Sanitarias Internacionales se regulara la nueva área de la salud internacional a través de; la normalización de diferentes cartas que certificaban el estado "limpio", "sospechoso" o "infectado" de los barcos, la vigilancia de las peregrinaciones a la Meca y el interés por crear un organismo internacional que regulara y difundiera a diferentes estados información epidémica sobre los brotes, el avance y los adelantos científicos alrededor de las epidemias de cólera, fiebre amarilla y peste. (Goodman, 1952; Filder, 2001, Mateos Jiménez, 2005) A la vez que la salud internacional sumaba estos nuevos intereses se fueron incorporando a las Conferencias Sanitarias Internacionales naciones como Estados Unidos y otros siete estados americanos además de Haití, Liberia, Japón y China¹. Por tanto la salud formó parte de las políticas internacionales ya con anterioridad a los descubrimientos de Koch en 1884 sobre la naturaleza y transmisión del cólera.

El lenguaje de la salud internacional comenzó reflejando los miedos e intereses de las potencias europeas en relación al cólera y avanzó durante sus primeras seis conferencias incorporando los intereses de otras naciones y el énfasis sobre el control de la fiebre amarilla.

1 Esta ampliación sucedió en 1881 durante la quinta Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Washington (Howard-Jones, 1975: 43)



El Progreso Científico

Los descubrimientos de Koch sobre el cólera permitieron que las potencias europeas persiguieran por otras vías sus intereses en el ámbito de la cooperación internacional en salud. A su vez el control internacional de enfermedades como el cólera, la peste y la fiebre amarilla reflejó el propio desarrollo histórico de los estados europeos. Así en el origen de las Conferencias Sanitarias Internacionales participaron otros condicionantes ideacionales y materiales ya presentes en los estados europeos a mediados del siglo XIX, como la instrumentalización, anteriormente comentada, de diferentes teorías sobre las epidemias, el desarrollo del aparato del estado a través de la incorporación a su administración de diferentes tipos de burocracias técnicas y la extensión por Europa de conferencias internacionales de diferente temática (Goodman, 1952; 36-42).



Es en continuidad con este relato desde el que debemos comprender tanto el significado del surgimiento de un conocimiento científico en torno a la naturaleza de las enfermedades infecciosas como la creación de los primeros organismos internacionales en salud, la Oficina de Higiene de París y la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones. Sendas



instituciones reflejaron los valores e intereses surgidos de la producción de un conocimiento científico ligado a los avances de una medicina de laboratorio que debía ser ordenada, sistematizada y difundida internacionalmente por las primeras burocracias internacionales de salud.

En la producción de este avance científico jugó un papel protagonista las colonias europeas en Asia y África. El objetivo de la creación en 1898 de las Escuelas de Medicina Tropical de Londres y Liverpool fue la protección de la salud de los europeos, requisito imprescindible para fijar los asentamientos y comenzar el desarrollo de la explotación económica colonial². Pero los avances científicos logrados frente a las enfermedades que frenaban la expansión colonial en África como la malaria, la fiebre amarilla, la enfermedad del sueño o la esquistosomiasis fortalecieron un lenguaje sanitario internacional que reflejaba los valores y los intereses de Europa. En África estos mismos progresos médicos sirvieron al colonialismo como vía para justificar la superioridad de la cultura europea sobre las culturas africanas. De tal forma que el progreso médico de finales del siglo XIX justificó la práctica de políticas segregacionistas. En un primer momento las creencias miasmáticas comprendieron el cuerpo del africano como foco y fuente de enfermedades; así la población africana fue simplificada y racionalizada como parte de un medio natural inhóspito para el europeo (Comaroff, 1993). Más adelante, el progreso científico trasladó el énfasis sobre el cuerpo a la consideración de la cultura africana de manera homogénea, atemporal y fija. Una lógica biológico-cultural fue articulada por el colonialismo para explicar que la extensión de las enfermedades entre la población africana era resultado de unas conductas sexuales promiscuas y unos comportamientos culturales no higiénicos (Butchart 1998, Vaughan 1991). Tanto las creencias miasmáticas como la producción de un conocimiento científico ayudaron a alejar cualquier responsabilidad de las autoridades coloniales sobre la producción y extensión de la enfermedad entre la población africana. El conjunto formado por la instrumentalización de un conocimiento científico centrado en proteger la vida de los

2 Para el historiador Eric Hobsbawm el imperialismo fue un factor determinante para el desarrollo de la bacteriología y la inmunología (Hobsbawm, 1990)



colonos, perseguir los intereses económicos europeos y legitimar las prácticas de la administración colonial también promovió la construcción de un lenguaje sanitario internacional a la medida de los intereses europeos.

Este desarrollo al que contribuyeron las Escuelas de Medicina Tropical y la instrumentalización del conocimiento por ellas producidos impulsó la creación de la primera burocracia sanitaria internacional organizada en torno a la Oficina Internacional de Higiene de París (OIHP; 1907-1939) cuya misión fue recoger, organizar e internacionalizar un conocimiento médico que producido en diferentes escuelas y publicado por diferentes medios permitió extender internacionalmente un sistema de vigilancia centrado en las tres enfermedades que históricamente habían preocupado a Europa, el cólera, la peste y la fiebre amarilla. La OIHP también incorporó al ámbito internacional de la salud otros intereses relacionados con la provisión de agua potable a los barcos, la estandarización del suero antitetánico o el control internacional del opio. La cooperación internacional en salud se fue abriendo así a nuevos espacios de ordenación estrechamente ligados a la expansión de los intereses económicos europeos y a su propio desarrollo histórico. Pero fue la creación de la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO; 1921-1946) quién reflejó con mayor intensidad la identificación de la salud internacional con un conjunto variado de conocimientos relacionados con las ciencias de la salud. La LNHO se caracterizó por organizarse a través de una multiplicidad de comisiones algunas permanentes que trabajaron sobre la malaria, la lepra, la estandarización de los productos farmacéuticos, la elaboración de estadísticas internacionales sobre las causas de defunción internacional. Otras comisiones temporales lo hicieron sobre la enfermedad del sueño, la nutrición, la sífilis, la esquistosomiasis, la tuberculosis, la salud pública, la enseñanza de la medicina, el opio, las enfermedades cardíacas, vivienda o salubridad del medio³. En muchas de estas comisiones la producción de un conocimiento científico, su regulación e internacionalización

3 Aún así la Oficina no descuidó la tarea de vigilancia epidémica y creó el Consejo de Vigilancia Epidemiológico de Singapur (1925). Este Consejo que coordinó la OIHP permitió extender internacionalmente un sistema de vigilancia epidemiológico (Goodman; 1952: 115)

tuvieron como base muchas de las enfermedades encontradas por el colonialismo europeo en África y Asia. Aunque algunas comisiones, como la de nutrición o salud pública, desplazaban la hegemonía de un pensamiento técnico, las primeras actuaciones sanitarias en terreno desarrolladas por un organismo internacional (LNHO) fueron campañas médicas de erradicación de vectores de enfermedades infecciosas dependientes de un alto uso de la tecnología⁴ (Dubin; 1995) Estas actuaciones estuvieron estrechamente vinculadas a los intereses de la floreciente industria farmacéutica y de fundaciones representativas de la expansión del capitalismo como la Fundación Rockefeller⁵.

Aunque África fue un laboratorio natural en la construcción de un lenguaje sanitario internacional basado en la producción y expansión de un conocimiento científico las necesidades de la población africana, mayoritariamente rural, estuvieron reducidas a algunos dispensarios misioneros que ofrecían atención curativa a cambio de evangelización. Sólo en el periodo de entreguerras, debido sobre todo a la crisis económica mundial, se dieron leves mejoras médicas en torno a las minas extractivas y las plantaciones coloniales que tenían como objetivo mejorar la fuerza de trabajo. (Packard 1997).

La Incorporación de la Idea de Desarrollo

Fue tras la Segunda Guerra Mundial y durante la etapa final del colonialismo, cuando las autoridades coloniales comienzan a incorporar un discurso basado en el concepto de desarrollo para relacionarse con sus colonias en África. Este nuevo lenguaje fue instrumentalizado también por los dirigentes independentistas para exigir mejoras en educación, salud, condiciones laborales o participación política (Cooper, 2002). Aún así el legado colonial

4 La primera campaña médica en terreno se desarrolló en Polonia tras la Primer Guerra Mundial a Polonia por motivo de la extensión del tifus y la viruela La asistencia directa a gobiernos comenzó con Bolivia, Grecia y China En los primeros fue la planificación de sus servicios públicos a través de la formación de unos cuadros técnicos y administrativos; en China fue la organización de unas medidas cuarentenarias y de vacunación contra el cólera. (Goodman; 1952: 127-128)

5 La Fundación Rockefeller después de la Liga de Naciones fue la segunda financiadora de las actividades de la Oficina de Salud e igualmente participó en las campañas de erradicación de enfermedades infecciosas como la malaria., (Goodman; 1952: 114)



que heredan los nuevos estados independientes africanos en el ámbito de la salud estuvo caracterizado por unos pocos hospitales urbanos dependientes de alta carga tecnológica que conocidos como "palacios del dolor" ofrecían atención curativa a las nuevas élites y dejaban el medio rural abandonado a unos cuantos dispensarios y a esporádicas campañas de asistencia médica.

Mientras que las potencias coloniales re-imaginaban sus relaciones con las colonias africanas a través del concepto de desarrollo fueron los organismos supranacionales surgidos tras la Segunda Guerra Mundial los que institucionalizaron internacionalmente este nuevo lenguaje del desarrollo.

En el caso de la salud, después del final de la Segunda Guerra Mundial las funciones desarrolladas por la OIHP y la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones fueron asumidas por la Organización Mundial de la Salud (1948). A las funciones relacionadas con la vigilancia epidémica, la ayuda sanitaria y la producción e instrumentalización del conocimiento médico, la constitución de la OMS incorporó la universalización de un concepto de salud entendido como "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de infecciones o enfermedad"⁶. Igual que las funciones heredadas de los organismos anteriores este concepto de salud también es característico al desarrollo histórico de Occidente. La posibilidad de definir internacionalmente el concepto salud con independencia a su opuesto natural, la enfermedad, se debió históricamente al establecimiento de un pensamiento científico que toma la salud como objeto de su análisis (Canguilhem. 2004).

La autoridad de la OMS se organizó a través de una burocracia internacional dominada por el pensamiento médico occidental, la influencia de los estados donantes y el liderazgo personal del secretario general de la organización. Estas autoridades concedieron a la biomedicina un valor hegemónico en el diseño de la agenda internacional de salud. La sucesión de grandes adelantos en la investigación farmacológica fortaleció la idea de

6 Ver Constitución de la Organización Mundial de la Salud:
En línea; http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud.

Estos avances científicos afianzaron la función clave de los estados capitalistas reacios a impulsar un debate sobre la organización de la atención médica por el estado. La hegemonía del valor de la técnica sobre los problemas de salud participó en dotar a la OMS de labores de asesoramiento pero no de funciones normativas sobre las políticas sanitarias de sus estados miembros⁷(Cox y Jacobson. 1974).

La autoridad de la OMS conllevó la rectoría de un sistema internacional de salud que fue creciendo con el surgimiento de los organismos internacionales⁸, los nuevos estados independientes⁹, las agendas de desarrollo¹⁰, y los organismos no gubernamentales. Este sistema internacional de salud como ya habían hecho las diferentes comisiones de la Oficina de la Salud de la Liga de las Naciones continuó adaptando el ámbito de la salud internacional a nuevas áreas¹¹. La aceptación por parte de los diferentes integrantes de un sistema internacional de salud de que una mejora en los niveles de desarrollo del país conduciría a una mejora en los niveles de salud de la población permitió la evolución de una cooperación internacional en salud a una cooperación internacional al desarrollo de la salud¹².

7 La retirada temporal de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas y sus organismos respectivos en 1949 También los estados africanos usaron la Asamblea de la OMS. Durante la década de los sesenta Portugal fue expulsada del Comité Regional Africano al considerar su comportamiento en las colonias africanas alejado a los principios de la ONU. También se admitieron enmiendas contra Sudáfrica y por su política de Apartheid. (Cox y Jacobson; 1974: 184)

8 Por ejemplo relacionados con la salud aparecieron; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización para las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y la Organización para las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)

9 En 1957 se declara Ghana como primer estado libre en África. En 1960 quince países africanos se independizan; Benín, Burkina, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Gabón, Costa de Marfil, Madagascar, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Somalia y Togo. A partir de 1974 comienzan su independencia las colonias portuguesas.

10 En 1961 los países donantes a iniciativa de Estados Unidos crean el Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD) para coordinar y revisar los programas de desarrollo.

11 UNICEF incorporó las cuestiones materno-infantiles, la OIT la salud en el trabajo, la UNESCO la educación en salud y la FAO cuestiones relacionadas con la salud en el medio rural. (Walt;1998: 125)

12 La idea del desarrollo y con ella la del subdesarrollo se incorpora a las agendas internacionales desde 1949 cuando se presenta el IV Punto de Truman por el que se suministra asistencia técnica y económica a países pobres amenazados por la extensión del comunismo. En el origen de los programas de desarrollo también hay que



Desde entonces el estudio de las políticas de salud hacia África es la narración histórica de cómo diversos lenguajes del desarrollo han entendido el objetivo de alcanzar el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de infecciones o enfermedad para la población africana.

El Inicio de unas Políticas Internacionales de Desarrollo de la Salud

La primera agenda de la cooperación internacional al desarrollo de la salud se caracterizó por la incorporación de las políticas del anterior período al lenguaje del desarrollo de las décadas de los cincuenta y los sesenta. En el contexto político de la guerra fría la base teórica del lenguaje del desarrollo se cimentó en una filosofía de la historia que interpretaba el progreso como un avance lineal desde el atraso al consumo de masas. La confianza en el crecimiento económico como la vía para promover el desarrollo de los países más pobres, entonces subdesarrollados, planteó una agenda basada en las teorías de la modernización que defendían facilitar los recursos y la asistencia técnica necesaria para que éstos aceleraran su proceso de desarrollo y modernización¹³. La importancia de la técnica y la mejora de los indicadores macroeconómicos legitimaron un modelo de actuación internacional que priorizó el conocimiento de las comunidades de expertos para definir las necesidades de la población (Rist. 2002: 112-118).

Durante la década de los cincuenta y gran parte de los sesenta este concepto de desarrollo influyó en las políticas de cooperación a la salud y la erradicación de la enfermedad volvió a ser como en las primeras fases de la expansión colonial un prerrequisito para el desarrollo. Las políticas sanitarias que comenzaron a desarrollar los organismos internacionales, las fundaciones y los organismos bilaterales de cooperación se basaron en la hegemonía de una lógica biomédica Occidental. La lógica de un desarrollo fundado en el crecimiento

considerar el Plan Marshall para la reconstrucción de los estados europeos del bloque capitalista (1947). (Rist, 2002: 83- 93)

13 La Teoría de las etapas de Rostow señalaba un avance lineal desde el atraso al consumo de masas pasando por tres etapas intermedias en donde se creaban las condiciones del despegue, el despegue mismo y la madurez.

macroeconómico del país hizo que la erradicación de las enfermedades fuera una medida de mejora del capital humano y la fuerza de trabajo. Se extendieron los planes verticales que usaban altas concertaciones tecnológicas para la erradicación de enfermedades concretas como la malaria, la viruela y la tuberculosis (Irwin y Scali. 2007). Y también los planes verticales de erradicación fueron necesarios para la implantación de unas teorías modernizadoras que demandaban la construcción de grandes infraestructuras, presas y carreteras. Además de la simbiosis entre estas prácticas sanitarias y la lógica desarrollista que las impulsaba, los avances biomédicos como el insecticida DDT, la estreptomina o la vacuna liofilizada contra la viruela ligaron las políticas de salud a la internacionalización de los intereses de la industria farmacéutica. La sucesión de grandes adelantos en la investigación de antibióticos, vacunas y otros medicamentos fortaleció la presencia de los criterios técnicos en las prácticas del desarrollo de la salud y también fortaleció el poder sobre las políticas internacionales de salud de la industria farmacéutica y de Fundaciones como la Rockefeller. (Werner D, y Sanders D; 1997).





Por otro lado la implicación de un discurso del desarrollo caracterizado por las teorías modernizadoras y la instrumentalización del conocimiento técnico fue asumida como agenda política internacional por los propios estados a los que se dirigían las agendas internacionales de desarrollo. La Conferencia de Bandung de 1955 confirmó la adscripción de las naciones no alineadas a la centralidad política del estado, a un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico y el valor neutral de la técnica. En función de estos criterios los estados receptores de ayuda reivindicaron un tipo de cooperación internacional basada en un mayor suministro de recursos técnicos y en la creación de organismos internacionales regionales (Rist, 2002: 98-106). En consonancia con la Conferencia de Bandung los estados del Tercer Mundo reivindicaron en la Asamblea de la OMS que los países desarrollados incrementaran su asistencia sanitaria en formación médica, vacunas, material hospitalario, refrigeradores o vehículos (Lee, 1998: 31). A la vez la instrumentalización del lenguaje del desarrollo significó la reimaginación de los lazos coloniales a través del surgimiento de una cultura del desarrollo en donde los africanos eran objetivo de los proyectos pero no parte activa en su diseño. Esta nueva relación se edificó en la superioridad de un conocimiento Occidental que debía ser enseñado y por tanto aprendido por los pueblos considerados subdesarrollados.

Las condiciones de posibilidad para que surgiera un conocimiento sobre los determinantes sociales y económicas en la salud de la población africana permanecieron, como en el período anterior, ausentes. Esta omisión contribuyó a ocultar los costes directos e indirectos sobre la salud que supusieron las agendas modernizadoras. En el primer caso los programas de irrigación para el agronegocio y la construcción de grandes presas alteraron equilibrios ecológicos. El impacto de las grandes infraestructuras y el uso desmedido de insecticidas permitió que en ciertas zonas emergieran nuevamente enfermedades como la esquistosomiasis o el paludismo¹⁴. Pero

14 Ante el fracaso de los planes desarrollistas que impulsaban los desplazamientos y los impactos ambientales que ocasionaron el agronegocio y la construcción de infraestructuras se convirtieron en una fuente de crítica al modelo. Ejemplos de estos fallos sucedieron en Nigeria, Kenia, Ruanda y Etiopía (Packard 1989)

también estas teorías modernizadoras crearon costes indirectos en salud por el desplazamiento de poblaciones completas de sus lugares de origen. El papel de los desplazamientos campo-ciudad quedaba oculto en el análisis de los procesos de contagio de igual manera que no se atendía a las condiciones de habitabilidad y salubridad de las ciudades (Packard 1989). Estas dinámicas participaban del anterior período donde las políticas sanitarias evitaron el estudio de las relaciones de la salud con las condiciones laborales en las empresas extractivas, las grandes plantaciones o la influencia de la enfermedad en el mundo rural y familiar. Las relaciones conocimiento-poder en el ámbito de la salud internacional continuaban considerando un centro, Occidente y una periferia, África.

Una Mirada a la Salud

Desde finales de la década de los sesenta, una mirada centrada en la salud de la población fue desplazando la hegemonía de una mirada a la enfermedad. Diferentes procesos permitieron este desplazamiento que supuso también la aceptación de los estados y las sociedades africanas como partes activas en la producción de las agendas internacionales de salud y no sólo su consideración como el objetivo final de las mismas. Estos movimientos, que repasaremos a continuación, internacionalizaron una estrategia en salud conocida como Atención Primaria en Salud (APS). Inmediatamente después de la institucionalización de la APS y con el telón de fondo de la crisis de la deuda, sucedió una revuelta de Occidente. La finalidad de esta revuelta fue trasladar el ámbito de producción de las políticas internacionales de salud de la Asamblea de la OMS a las Instituciones Financieras Internacionales.

La Internacionalización de la Atención Primaria en Salud

Desde finales de los años sesenta tres procesos colaboraron a la transformación de la agenda y las políticas internacionales de desarrollo de la salud en África. Una primer proceso fue la transformación del Banco Mundial que pasó de ser una



institución específicamente financiera a la principal agencia internacional de desarrollo. La incorporación a esta institución de una nueva comunidad de expertos en economía del desarrollo produjo un conocimiento dirigido a identificar y actuar sobre aquellas variables sociales que se suponían responsables del subdesarrollo. Sin ahondar en el papel que las relaciones internacionales tenían en la construcción del binomio desarrollo-subdesarrollo, el Banco Mundial impulsó un lenguaje preocupado por aproximarse a las necesidades fundamentales de la población. La respuesta a las necesidades de alimentación, trabajo y ciertos servicios educativos y sanitarios se identificó con la consecución de un desarrollo que continuó dominado por el aumento de los indicadores macro-económicos. (Finnemore; 1997). El segundo movimiento está estrechamente relacionado con el anterior y surge desde la OMS. Ante la ineficacia de los planes verticales de lucha contra las enfermedades infecciosas una nueva comunidad de expertos en salud pública pertenecientes a la OMS reivindicaban un cambio en las políticas internacionales de salud. Se comenzó a prestar atención a las estrategias sanitarias que las sociedades históricamente receptoras de las políticas de salud estaban llevando a cabo para dar respuesta a sus necesidades médicas. (Irwin y Scali; 2007) A estos dos procesos, emergencia de una nueva comunidad de expertos en desarrollo y en salud pública, se sumó la incorporación de China en 1973 a la Asamblea de la OMS. Desde este espacio los delegados chinos comenzaron a cuestionar la hegemonía del pensamiento biomédico Occidental en la producción de las agendas y políticas internacionales de salud. Los representantes chinos defendieron desde la Asamblea de la OMS los frutos de su particular revolución cultural en salud, un proceso caracterizado por la movilización de su población para combatir la esquistosomiasis, el alejamiento del uso de la tecnología, la apuesta por la educación sanitaria y la reforma del cuerpo de profesionales médicos (Lee, 1997).

Pero estos tres procesos se deben comprender en tensión con un movimiento internacional más amplio. La exigencia de un Nuevo Orden Económico Internacional fortaleció la creación de un movimiento internacional que defendía los ideales socialistas y las experiencias de salud comunitarias desarrolladas en

estados como Cuba, China o Bangladesh¹⁵. Fue el trabajo en terreno de los expertos en salud internacional de la OMS las que recogieron estas experiencias comunitarias en el Informe "Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo" (V. Djukanovic y E.P. March. 1976). A través de este Informe se pretendía difundir diferentes prácticas que mostraran formas de dar respuesta a las necesidades sanitarias de la población. Esta experiencia en terreno mostró los ejemplos de Tanzania, Níger y Nigeria para reivindicar el papel de las sociedades africanas como productoras de políticas de salud y no meras receptoras u objetivo de las políticas sanitarias internacionales. A este cambio en la representación le siguió la participación de nuevos discursos impulsados por los estados africanos en la Asamblea de la OMS que reclamaban el valor terapéutico de sus farmacopeas tradicionales y sus propios conocimientos médicos¹⁶. Al reivindicar que la OMS investigara y asumiera conocimientos médicos alejados de la hegemonía del pensamiento Occidental se desvelaba la hegemonía que Occidente había ejercido históricamente sobre el diseño de las políticas internacionales de salud. (Lee, 1997: 38).

Las exigencias en la Asamblea de la OMS y el movimiento a favor de la salud comunitaria impulsaron la celebración en 1978 de la Conferencia de Alma-Ata que bajo el lema de "Salud para todos en el año 2000" internacionalizó la Atención Primaria en Salud como principal herramienta para el diseño de una estrategia nacional en salud. Aunque el origen de la APS es diverso¹⁷ no se puede negar la importancia de las experiencias contrastadas en el sur para la internacionalización de una atención médica que contenía: una mirada holística a los

15 El NOEI reivindicó la mejora de las posibilidades financieras de industrialización del Tercer Mundo a través de: un alza sustancial y duradera en los precios de las materias primas, una reducción de la deuda y mejoras en las condiciones de transferencia de tecnología. El alza de precios del petróleo en 1973 reforzó la credibilidad del proyecto del NOEI al revelar que era posible obtener precios más caros para las materias primas y acelerar así la industrialización. (Amin, 1989)

16 Estados como como: Alto Volta (actual Burkina Faso), Nigeria, Guinea, Congo Brazzaville, Benín, Congo, Guinea, Camerún y Malawi exigieron a la unidad de Farmacología de la OMS investigar el valor farmacológico de sus plantas tradicionales y la validez terapéutica de sus conocimientos médicos.

17 Diferentes características culturales, económicas, políticas y médicas que confluyeron en el diseño de la Atención Primaria en Salud. (Huertas; 1998: 62-64)



diferentes aspectos que influyen en la salud de la población (vivienda, trabajo o medio ambiente), una atención en salud centrada en la prevención y no sólo la curación, el desplazamiento de la hegemonía de la tecnología médica, un enfoque basado en la equidad y universalidad del acceso a los servicios sanitarios, la recuperación de los conocimientos locales, una atención dirigida a las necesidades definidas por la población y no por los expertos internacionales y la integración de los diferentes trabajos de atención sanitaria dentro de un único marco de actuación.

La APS y una mirada que desvelaba el papel jugado por las relaciones de poder en la salud permitió reunir en la Conferencia de Alma-Ata a 134 gobiernos, 3000 delegados, organismos internacionales como ILO, PNUD, FAO, Organizaciones No Gubernamentales como la Comisión Cristiana, Medicus Mundi, y movimientos políticos como la OLP y South West African People's Organization (Cueto; 2004). La reivindicación de la naturaleza política de la salud estuvo también impresa en dos regulaciones que la Asamblea de la OMS impulsó con la colaboración y el apoyo de diferentes grupos de activistas y ONGs. Una fue la promoción de un uso racional de los medicamentos que opuesto a los intereses farmacéuticos permitió diseñar en 1979 el Programa de Acción en Medicamentos Esenciales (Antezana y Seuba; 2008: 15; Walt, 1998: 139-140) En 1981 un código sobre la regulación de los sucedáneos lácteos frenó el lucro de las multinacionales farmacéuticas y alimentarias a la vez que desplazó la dependencia de la tecnología médica en los cuidados y prácticas de salud materno-infantiles. (Walt, 139-140).

La Revuelta de Occidente

Pero con la década de los ochenta comenzó una revuelta de Occidente en el terreno de la salud cuyo objetivo fue recuperar el dominio de las relaciones de poder que controlaban su agenda. Los caminos que tomó esta revuelta fueron la aplicación durante la década de los ochenta y los noventa de los Planes de Ajuste Estructural (PAE) y el desplazamiento de la Asamblea de la OMS a favor de los expertos del Banco Mundial

en el diseño de las políticas de cooperación internacional en salud¹⁸. Así desde Alma-Ata las políticas de la cooperación internacional en salud se han centrado en un conjunto concreto pero variable de prescripciones institucionales y financieras cuyo objetivo ha sido la reforma continua del sector salud. En África la transformación de los servicios de salud se ha caracterizado por una grave crisis en los presupuestos del sector salud, una débil capacidad estatal para administrar y regular dicho sector de forma sostenible y equitativa y una menor participación de la sociedad civil. De tal modo que las reformas han insistido en los mecanismos de financiación y en la mejora de los recursos humanos (Standing, 2000). Pero estas características no han sido ajenas al contexto internacional que ha caracterizado la década de los ochenta, los noventa y el comienzo del milenio. La reforma del sector salud en función de una agenda de desarrollo centrada en los valores del Banco Mundial, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la emergencia de la epidemia del VIH/sida son los principales elementos de estas tres décadas. En la década de los ochenta se institucionalizó un discurso económico neoliberal en las políticas de salud hacia África. En los noventa la agenda de desarrollo humano del PNUD enfrentó la hegemonía del discurso neoliberal del Banco Mundial. En la actualidad las agendas y las prácticas de salud para África reflejan las tensiones entre un discurso económico neoliberal y el discurso liberal del desarrollo humano. Este debate hace de la cooperación internacional en salud una representación del conflicto que desde el fin de la guerra fría vienen estableciendo el PNUD y el BM por el diseño de la agenda del desarrollo internacional.

Lo que de común tienen los lenguajes sanitarios hacia África de las últimas tres décadas es la importancia que adquiere la eficacia como principio organizador de las políticas de salud para el continente. En la reforma continua de los sistemas de salud ha primado razón gerencial sobre una razón asistencial. Esto ha significado que por encima de los valores de universalidad, equidad y participación de la APS se ha impuesto los valores

18 Tres documentos del Banco Mundial caracterizan su influencia sobre la agenda de reformas en el sector salud; Health sector policy paper (1980), La financiación de la salud: un agenda para la reforma (1987) y el de mayor trascendencia el Informe anual sobre Desarrollo (1993) dedicado al sector salud y titulado Invertir en Salud (1993).



técnicos de gestión y planificación del sistema de salud¹⁹. La década de los ochenta se caracterizó por la hegemonía de una agenda económica neoliberal impulsada desde las instituciones internacionales financieras con el apoyo de importantes estados Occidentales. Esta agenda económica neoliberal usó el criterio coste-beneficio para medir la eficacia de las políticas sanitarias hacia África. Tras la guerra fría y durante la década de los noventa desde el Sistema de Naciones Unidas se incorpora una agenda del desarrollo centrada en dos concepciones; el desarrollo humano y la seguridad humana. Desde esta agenda el valor de la eficacia enfrentó la hegemonía de un patrón médico de atención coste-beneficio con la construcción de un relato técnico que entiende las políticas de cooperación a la salud con África como el resultado de la armonización, la apropiación y el alineamiento entre los intereses de los donantes y los estados africanos. Aunque los valores de Alma-Ata y la reivindicación de un fortalecimiento de la APS están presentes en muchos de los discursos internacionales de salud²⁰, la multiplicidad de donantes, la importancia de los planes verticales de lucha contra enfermedades específicas y el olvido de las relaciones de poder ha fortalecido el dominio en los últimos años de una agenda centrada en la gestión de la ayuda. En estrecha relación con la construcción de un significado de eficacia desde la década de los ochenta internacionalmente se ha racionalizado qué perfiles epidemiológicos y sociales son los que las políticas de salud hacia África debían atender.

La Década de los Ochenta

Tras la Declaración de Alma-Ata la introducción de un criterio de eficacia económica en la atención sanitaria fue el resultado de un proceso que comenzó en 1979 con un examen crítico de las capacidades reales de la APS para los países en vías de desarrollo. Las críticas a la Declaración de Alma-Ata por plantear

19 La preeminencia de los valores técnicos y de gestión en el diseño desde la década de los ochenta en las políticas de salud hace que no entremos a diferenciar los términos de eficacia y efectividad en la reforma de los servicios de salud. Para una diferenciación sobre los mismos ver Rafael Huertas Neoliberalismo y Políticas de Salud. Madrid. El Viejo Topo. 1998: 55-57

20 Ver por ejemplo los Informes la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria que Prosalus, Médicos Mundi y Médicos del Mundo vienen publicando desde el 2003.

objetivos difícilmente alcanzables en un plazo temporal concreto y por proponer un enfoque en salud que rompía la hegemonía de la comunidad de expertos establecieron un debate entre defensores y críticos de la APS. Así un año después de Alma-Ata expertos en salud pública internacional provenientes de la academia adaptaron el significado de la APS a un enfoque programático que se llamó Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S) y buscó mejorar las estadísticas de salud para lo que dirigió su atención a intervenciones específicas sobre grupos de alto riesgo como las embarazadas y los niños²¹. En 1979 la Conferencia "Salud y Población en Desarrollo" (1979) impulsada por la Fundación Rockefeller en Bellagio (Italia) incorporó a los donantes al debate en torno a los límites de la APS y las posibilidades de la APS-S. El objetivo del encuentro fue examinar la APS en el marco de las relaciones entre la salud y los programas centrados en la población que habían dirigido la agenda del desarrollo en las décadas anteriores²². Sobre los principios que había introducido la Declaración de Alma-Ata basados en una mirada holística a la salud de la población y el diseño de unos servicios sanitarios universales y equitativos, la Conferencia de Bellagio promovió la identificación de actuaciones estratégicas para los países en desarrollo, apoyadas en publicaciones especializadas que atendían las enfermedades comunes en la infancia como la diarrea y la falta de vacunación. La Conferencia de Bellagio asumió la Atención Primaria en Salud bajo un criterio coste-eficacia adoptando así el nuevo enfoque de Atención primaria en Salud Selectiva (APS-S) para países en desarrollo (Cueto; 2004).

21 La publicación académica más relevante para este debate fue la de los investigadores de la Fundación Rockefeller; Julia Walsh y Kenneth S. Warren "Selective and Primary Health Care, an Iterim Strategy for Disease Conrol in Developing Countries", *New England Journal of Medicine* 301. 1979, pag: 967-974

22 El surgimiento de un discurso sobre la pobreza en los lenguajes del desarrollo y su relación con la agenda de salud se articuló a través de los planes verticales de control de población y el enfoque de las necesidades fundamentales. A la Conferencia asistieron el Banco Mundial, agencias de cooperación como USAID, Canadian International Development and Research Center y fundaciones como la Ford.



Una agenda del desarrollo caracterizada durante la década de los ochenta por la implantación de los Planes de Ajuste Estructural fue la característica estructural que permitió extender la Atención Primaria en Salud Selectiva en África. El concepto de eficacia surgido de la relación coste-beneficio en la intervención médica se va a ir incorporando durante la década de los ochenta a las agendas sanitarias para África y a las reformas de su sector salud. La culminación de este proceso fue la publicación en 1993 del Informe del Banco Mundial Invertir en Salud.

La Aplicación de los PAEs

En el paso de la década de los setenta a los ochenta numerosos países del Tercer Mundo presentaron graves dificultades para devolver los préstamos que los bancos internacionales les habían concedido en las décadas pasadas. En este escenario el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional justificaron su necesidad de intervenir ante la posibilidad de una crisis financiera en el sistema. Tras un tiempo en el que se intentó reflotar la economía de los estados a través de una mayor liquidez el anuncio del gobierno Mexicano de que no podía ni iba

a pagar la deuda empujó a los organismos internacionales a buscar una complicidad más directa de los estados occidentales. Los principios liberales que otorgaban al mercado capacidad regulativa defendidos por los gobiernos de Gran Bretaña, Estados Unidos y Alemania fueron los principios estructurales del denominado Consenso de Washington que pretendió reestructurar la arquitectura económica de los estados del sur a través de la concesión de préstamos condicionados a la aplicación de Planes de Ajuste Estructural (PAEs). La lógica que encerraba la aplicación de los PAEs consideraba que los problemas de desarrollo y la Crisis de la Deuda se debían a factores internos a los propios estados como eran la corrupción y mala gestión política. Los PAEs admitían que tras un periodo de dureza debido al ajuste económico los países receptores de ayuda retomarían la senda del crecimiento económico, se desarrollarían y podrían continuar pagando los intereses generados por los préstamos internacionales (Gershman e Irwin. 2000, Unceta 2000).

Los PAES impusieron políticas que reducían la intervención del estado y confiaban en las capacidades regulativas del mercado para responder a las necesidades de la sociedad. Para ello los PAEs aplicaron tres prescripciones generales que se aplicaron de manera homogénea a los estados; la reducción del papel del estado (privatización), la determinación libre de los precios por el mercado (liberalización) y la internacionalización de las economías nacionales a través de la reducción de barreras impositivas al comercio y a la inversión (desregulación). La privatización permitió que la provisión de los servicios sociales que previamente eran administrados por el estado pasara del sector público al privado. En el caso de América Latina esto supuso la extensión de multinacionales dedicadas a la provisión de servicios sanitarios. En el caso de África el sector privado de servicios fue ocupado por la extensión de Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a la atención médica de la población.²³ En los estados africanos, el fuerte endeudamiento,

23 Para el caso de América Latina ver C. Iriart, H. Waitzkin y E. Merhy "Las HMO en el exterior: la atención médica gestionada en América Latina" en M. Fort, M. Mercer y O. Gish (ed), en El negocio de la salud. Los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público, Barcelona. Paidós op.cit.. Para el caso de África ver Meredht Turshen, Privatizing Health Services in Africa, Rutgers, 1999.



los intereses de pago de la deuda y la importancia del gasto público destinado a material militar y al mantenimiento de empresas estatales con pérdidas, justificaron la imposición de los PAE que restringieron la demanda, redujeron el gasto público en el sector salud y los subsidios a bienes esenciales como los alimentos. Desde 1981 a 1993 se aplicaron 126 programas de ajuste estructural en 42 estados africanos. En el sector salud los recortes presupuestarios afectaron a los recursos humanos, el mantenimiento, el equipamiento y las instalaciones sanitarias. Los PAE supusieron la imposición de tarifas a la atención sanitaria y el deterioro de la calidad de los servicios. El impacto de estas reformas en la salud de las mujeres y la infancia se debió al aumento de los partos domiciliarios, la desatención de la salud reproductiva, la menor ingesta nutricional infantil. Indirectamente el aumento de la pobreza en las economías en período de ajuste incrementó la incidencia de las enfermedades transmisibles, la tasa de mortalidad infantil, el menor peso en los recién nacidos y el incremento de la asistencia sanitaria informal administrada por las mujeres ante el recorte de servicios²⁴ (Thrusan; 1999. B. Schoepf, C. Schoepf y J. V. Millen. 2000). La culminación del pensamiento neoliberal económico en la cooperación internacional en salud fue el Informe del Banco Mundial de 1993 *Invertir en Salud* que presentó los Años de Vida Ajustados a Discapacidad como el principal elemento para la reforma del sector salud en los países receptores de ayuda.

Los Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD)

El Informe del Banco Mundial *Invertir en Salud* (1993) se basó en tres enfoques; a) el fomento de las unidades familiares como unidades de consumo en salud; b) la promoción de la competencia y la diversidad de organismos privados y

²⁴ Por ejemplo en Costa de Marfil la atención en el Hospital Universitario de Abidjan decreció un 50% y el precio de los medicamentos subió de un 30% a un 70% en 1994 lo que desmoralizó a los médicos y redujo las consultas médicas. En Ghana se pasó de 1782 médicos en 1985 a 965 en 1991. En Senegal de 1980 a 1993 el número de personas atendidas por una enfermera creció de 1.931 a 13.174. La aplicación en 1991 de un nuevo PAE a Zimbawe supuso que en 1998, 7.000 enfermeras estuvieran fuera de su sistema de salud. (B. Schoepf, C. Schoepf y J. V. Millen; 109-118. 2000).

Organizaciones No Gubernamentales y c) la mejora del gasto público en función del criterio coste-beneficio en la asignación de servicios. El Informe consideró la pobreza como un limitante del desarrollo económico y una forma de reducirla era la prestación de servicios sanitarios en función de los costos a los grupos de población pobres. Para poder medir qué medidas de atención sanitaria eran efectivas el Informe presentó los Años de Vida Ajustados a Discapacidad.²⁵ Los AVAD combinan los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de la discapacidad. La instrumentalización de los AVAD en el diseño de las reformas del sector salud permitió seleccionar un paquete mínimo de intervenciones clínicas. Los AVAD incorporaron a la cesta básica de la atención médica aquellas tareas que necesitaban una menor participación médica y un menor gasto clínico. Por ejemplo se incluyeron; servicios para garantizar la asistencia alrededor del parto, planificación familiar, lucha contra la tuberculosis, control de enfermedades de transmisión sexual y se excluyeron otras intervenciones cómo; la cirugía cardiaca, el tratamiento de cáncer de pulmón, hígado y estómago, las quimioterapias costosas en caso de VIH/sida. Los AVAD rebajaron la importancia de determinantes sociales de la salud relacionados con la influencia de la organización laboral en las enfermedades ocupacionales, la redistribución de los ingresos en el acceso a los fármacos y los alimentos. (Thrusan, 1999: 125).

Algunas Respuestas al Impacto de los PAEs en Salud

Para rebajar el impacto de los PAEs en la salud de la población africana se articularon diferentes estrategias de salud como la APS-S, la Iniciativa Bamako o la extensión de las ONGs de actuación sanitaria. Estos esfuerzos compartieron distintos principios recogidos en la propuesta neoliberal de reforma del sector salud durante los ochenta. Por ejemplo la elección de los

25 Los AVAD miden la carga de morbilidad en función de los años de vida ajustados en función de la discapacidad, medida que combina los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de discapacidad. (Banco Mundial; 1993: 17-18).



perfiles epidemiológicos a atender en función de los criterios de coste-beneficio se extendió con la APS-S, el cobro por servicio caracterizó la Iniciativa Bamako y en la reducción del papel del estado como suministrador de servicios sanitarios estuvieron implicadas las ONGs Occidentales que comenzaron a desarrollar su atención sanitaria en África durante la década de los ochenta.

La Estrategia APS-S

En respuesta a los problemas que implicaban los PAEs, UNICEF adoptó la estrategia de la APS-S integrada en una estrategia diseñada para lograr una revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil²⁶. La APS-S se concretó a través de cuatro intervenciones en la conocida como estrategia VRIL (la vigilancia del crecimiento, la rehidratación oral, la inmunización y la lactancia materna)²⁷. La estrategia VRIL volvió a enfatizar la necesidad de recursos técnico y logró el apoyo de donantes y agencias que vieron en la instrumentalización de la APS-S la posibilidad de mejorar los resultados sanitarios en materia de salud al presentar objetivos claros y cuantificables. Por ejemplo: la vigilancia del crecimiento identificaba muy tempranamente los nacidos que no crecían correctamente para lo que la solución era la nutrición adecuada; la rehidratación oral controlaba las enfermedades diarreicas infantiles a través de las soluciones farmacéuticas preparadas, la lactancia materna potenciaba el principio nutricional de los preparados sintéticos para los primeros seis meses de vida y prolongaba los intervalos entre embarazos y la inmunización apoyaba los proyectos de vacunación en edades tempranas). En la práctica la estrategia VRIL fue aun más limitada de lo que la sigla implicaba, ya que muchos países restringieron sus campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral y a la inmunización, fortaleciendo con ello la dependencia en salud del sur respecto del norte, productor de esos bienes, enfatizando las características biomédicas y alejando los enfoques sociales y

26 También fue importante para la adopción de la estrategia de la APSS por UNICEF el liderazgo de su secretario, James Grant, elegido un año después de Alma-Ata.

27 En inglés GOBI siglas de; growth monitoring, oral rehydration techniques, breast-feeding, immunization.

políticos de la APS. Tras la implementación de la estrategia APS-S el intento de volver a la APS fue fuertemente rechazado por el Banco Mundial y las agencias donantes (Werner y Sanders; 1997. Irwin y Scali; 2007).

La Iniciativa Bamako

La Iniciativa Bamako fue otro programa en la línea de la APSS y creado ante la recesión económica, los PAEs y los recortes del gasto público. La Iniciativa Bamako impulsada por OMS y el BM en 1987 adaptó el enfoque programático de la APSS a los grupos más vulnerables del medio rural²⁸. La Iniciativa Bamako es un ejemplo de pago por servicios que enfocó la atención en mujeres, niños y los sectores rurales más pobres bajo una apuesta centrada en el acceso a los fármacos. Su diseño respondía a la necesidad de afrontar la financiación de los servicios de salud y diferentes donantes apoyaron su implementación como el Banco Mundial, la OMS y las agencias bilaterales. La Iniciativa Bamako ha terminado impulsando campos de actuación más amplios como el fortalecimiento del poder de las comunidades sobre los proveedores de servicios, no sólo de fármacos, a través de la participación comunitaria en la financiación, edificación y gestión de los servicios de salud construidos (Banco Mundial; 2004: 76-77). Y sanitariamente ha provocado mejoras en la salud de la población rural más pobre de estados africanos donde se ha implantado. Por ejemplo en Ghana, Malí y Níger la Iniciativa Bamako incrementó la alimentación a través de leche materna y aumentó el uso de servicios prenatales, de parto, de tratamiento de diarrea y de infecciones respiratorias agudas (Banco Mundial; 2004: 76-77).

28 En el mismo año UNICEF publicó Ajuste con Rostro Humano donde señalaba la carga que las políticas de ajuste significaban para la infancia y las mujeres solicitando la incorporación de programas compensatorios para estos colectivos.



Pero a diferencia de la APS que centraba su atención en la salud pública de la comunidad la Iniciativa Bamako individualiza la atención sanitaria e incorpora el pago individual por servicio, prioriza la atención a perfiles materno-infantiles en vez de a la comunidad e incrementa el uso terapéutico de fármacos. La organización en comités de salud locales generó una estructura dependiente de los criterios de los donantes que dirigieron su atención a la creación de estructuras más burocráticas que participativas. El fortalecimiento del poder de las comunidades sobre los proveedores de servicios, y la participación comunitaria en la financiación, edificación y gestión de los servicios de salud construidos desplazó el papel del estado y generó sentimientos de agravio comparativo entre diferentes regiones de un mismo país. Esta participación identificó a las mujeres como sujetos responsables de la salud de la comunidad pero ocultó su papel como actores en los procesos de toma de decisión²⁹.

29 Para ver un caso concreto del desarrollo de estos agravios y el papel de la mujer en el caso de Mali se puede consultar el estudio de la antropóloga Berta Mendiguren. "La institucionalización de la biomedicina y las jerarquías sociales entre los soninke del Mali: el caso del centro de salud comunitario de Dramané". *Studia Africana* Nº 7. Octubre 2006. Pp. 65-90.

La Aparición de las ONGs en Terreno

Durante la década de los ochenta las ONGs comienzan a desarrollar también un papel activo en el área del bienestar social en África. Las primeras ONGs con implicaciones en la atención sanitaria sobre la población africana fueron de origen estadounidense y a lo largo de la década de los noventa se unieron las organizaciones europeas. Durante la década de los noventa las ONGs extendieron su presencia en el sector salud englobando gran parte de los servicios sanitarios prestados en los estados africanos. Las ONGs presentaron una serie de capacidades específicas en comparación a otros organismos internacionales para el desarrollar la agenda neoliberal en el sector salud. Las ONGs podían desplazarse físicamente e incorporaban a la mejora de la salud de la población otros sectores distintos al sanitario como; agua potable, alimentación o infraestructuras. La flexibilidad del trabajo desarrollado por las ONGs al operar sobre la base del proyecto aislado no integrado en una estrategia nacional más amplia que difícilmente garantizaba la sostenibilidad de los servicios sanitarios prestados. Esta actuación colaboró a sustituir el papel del gobierno africano en la salud de la población. Las ONGs adquirieron de los estados donantes y de los organismos internacionales la autoridad para promover una agenda política basada en la reducción del estado y la formación de una sociedad civil con lo que colaboraron a racionalizar la relación entre el estado y la sociedad civil en África como una relación entre contrarios. Así se dificultó la creación de una estrategia sanitaria nacional. La labor de las ONGs sustituyó los programas de salud del gobierno y al incorporar mejores condiciones laborales y remuneradas a sus trabajadores absorben los limitados recursos humanos del estado (Garrett; 2007). La duplicidad de esfuerzos respecto al estado y la práctica de una medicina curativa dificultaban el desarrollo de una estrategia de salud pública a nivel nacional.³⁰

30 Otras dificultades fueron por ejemplo cómo las ONGs impactaron en la fijación del precio de los productos a través de compras intermitentes que obligan a un reajuste continuo en las balanzas de compra los ministerios de salud africanos e impide al comprar a proveedores extranjeros el desarrollo de una industria farmacéutica nacional. (Thrusan; 1999)



El Momento Actual

Desde la década de los noventa las políticas de salud hacia África se han caracterizado por la emergencia del concepto de desarrollo humano y la importancia que cobra la lucha contra el VIH/sida. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comprendió el tiempo que comenzaba con el final de la guerra fría como una posibilidad histórica para la consecución de los objetivos de desarrollo y libertad que inspiraron en 1945 la creación de las Naciones Unidas (PNUD; 1994). Para ello el PNUD durante la década de los noventa contribuyó a construir y difundir dos herramientas conceptuales; el desarrollo humano y la seguridad humana. Estas concepciones se opusieron al enfoque econométrico que dominaba en las agendas del desarrollo, y a la hegemonía del concepto realista de seguridad nacional en las relaciones internacionales. Desde la década de los noventa se ha relacionado el concepto del desarrollo humano con la salud de la población y el de la seguridad humana con la extensión del virus del VIH/sida. La amenaza de la epidemia del VIH/sida y la reforma del sector salud al introducirse en la agenda del PNUD han posibilitado la producción de una narración que concede una relevancia especial al perfil epidemiológico del VIH/sida y a los principios de la correcta administración y gestión de las políticas de salud hacia África. Estas dos características enmarcan el significado actual dado a la eficacia de las políticas de salud hacia la población africana y tienden a eliminar el papel que juegan las relaciones de poder norte-sur en las políticas internacionales de salud hacia África.

La Salud y el Desarrollo Humano

Desde comienzos de la década de los noventa la salud ha sufrido un desplazamiento normativo en los lenguajes del desarrollo. Este movimiento impulsado desde el PNUD ha dado una posición central a los problemas de salud en la agenda del desarrollo. Las Conferencias auspiciadas por el PNUD durante la década de los noventa, la Declaración del Milenio y los Objetivos Del Desarrollo del Milenio han institucionalizado internacionalmente la importancia de la salud para la consecución del desarrollo en África.

La agenda del PNUD inserta la salud en una lógica que atiende a satisfacer las necesidades básicas e incide en las capacidades y las libertades de elección de la persona. Estas características esenciales constituyen una concepción del desarrollo conocido como desarrollo humano y presentado por el PNUD en su Informe sobre el Desarrollo Humano de 1990. (PNUD; 1990). Desde este nuevo paradigma el PNUD difirió de la relación que el Banco Mundial había establecido entre la salud y el desarrollo. En el discurso del Banco Mundial la salud se relacionaba con un desarrollo económico centrado en la planificación coste-eficacia de la atención sanitaria. Por su parte, el PNUD consideró la salud como una dimensión básica que superaba el paradigma económico, lo cual quedó constatado al asumir la esperanza de vida como una variable representativa y autónoma de la nueva herramienta para medir el desarrollo, el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Desde el mismo enfoque integrador que reivindica una mirada holística y multicausal a las relaciones establecidas entre la salud y el desarrollo se impulsó la organización durante la década de los noventa de numerosas Conferencias y Cumbres internacionales. Estos foros fueron apoyadas por la ONU y abordaron las relaciones entre el desarrollo y aspectos: sociales, medioambientales, de género, infancia o medio rural³¹. En tensión con estas Conferencias se propició la Declaración del Milenio (2000) y los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) ejes de las actuales agendas y prácticas del desarrollo. En los ODM 3 de las 8 metas, 8 de los 18 objetivos y 18 de los 48 indicadores están directamente relacionados con la salud. Las 3 metas son, reducir la mortalidad infantil (Objetivo número cuatro), mejorar la salud materna (Objetivo número cinco) y combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis (Objetivo número seis)³².

31 Algunas de estas Conferencias fueron: la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro 1992), la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, 2002).

32 Ver los Objetivos del Milenio. En línea, <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals>



El VIH/sida Como Amenaza a la Seguridad Humana

Estrechamente relacionado con el concepto de Desarrollo Humano el PNUD presenta en su Informe sobre el Desarrollo Humano (1994) el concepto de seguridad humana que se opone al paradigma realista de seguridad basado en la defensa militar de la soberanía, la independencia y la territorialidad del estado frente a agresiones externas. Las dos dimensiones básicas de la seguridad humana son la libertad personal respecto a las necesidades básicas y la libertad personal respecto al miedo. La seguridad humana se centra en el ser humano, considera la naturaleza global de nuevas amenazas que no quedan confinadas en las fronteras nacionales e impulsa la adopción de mecanismos de prevención y alerta. Si el PNUD apunta con la idea del desarrollo humano a la ampliación de las oportunidades y las capacidades de las personas, con la seguridad humana defiende el ejercicio libre, seguro y sostenido en el tiempo de esas opciones.

La epidemia de VIH/sida se considera, ya desde el Informe sobre Desarrollo Humano de 1994, como una amenaza a la seguridad humana. Discursivamente el concepto de seguridad humana y la amenaza de la epidemia del VIH/sida se refuerzan mutuamente. La inseguridad económica, alimentaria, comunitaria y social se comunica con la enfermedad debido a que la extensión de la epidemia: aumenta la pérdida de ingresos por enfermedad y los gastos que conlleva su tratamiento, dificulta la mano de obra en la producción de alimentos, eleva la orfandad, debilita a las familias y a las redes de apoyo comunitarias, aumenta los procesos de estigmatización social y reduce los recursos humanos en servicios como la salud y la educación. (Pérez de Armiño y Areizaga; 2000). Por todas estas relaciones el concepto de seguridad humana introduce un enfoque holístico sobre los múltiples impactos que la epidemia conlleva en el desarrollo de las sociedades africanas³³. Así lo han entendido diferentes

33 Otras amenazas para la salud que considera el Informe son: las enfermedades infecciosas en los países subdesarrollados y las crónicas en los industrializados. La dificultad de acceso a los servicios sanitarios y al agua potable por parte de las poblaciones más carentes que en los estados industrializados se relacionan con lo

resoluciones de la Naciones Unidas que han considerado la extensión del VIH/sida en África como una amenaza para el desarrollo humano de su población o un riesgo para las operaciones de paz desplegadas por tropas africanas en los conflictos del continente. Pero también la extensión del VIH/sida se ha comprendido como una amenaza a la seguridad nacional.

El VIH/sida Como Amenaza a la Seguridad Nacional

En la última década la agenda internacional que liga las políticas de seguridad con la salud pública global ha sido dominada por las enfermedades infecciosas y el bioterrorismo. Los intereses estratégicos en relación a la seguridad nacional han motivado que para los países poderosos ciertas enfermedades tengan relevancia y otras con parecida carga de mortalidad carecen del mismo interés (Mc. Innes y K. Lee; 2002). En el caso del VIH/sida la amenaza que su internacionalización supone para la salud pública y los intereses comerciales de los estados occidentales han llevado a su tratamiento por las agendas de las políticas exteriores de sus gobiernos³⁴.

Las amenazas para la salud pública y el comercio que encierra la situación epidemiológica en África enfatizan la atención de un enfoque centrado en la seguridad nacional. Así de los 685 brotes epidémicos o eventos verificados por la OMS desde 2003 a 2006 que pueden revestir importancia para la salud pública internacional, 388 se han situado en África (OMS; 2007). Junto a estas amenazas a la salud pública global y al comercio hay otras dos razones que cuestionan la posibilidad de que en el

índices de mortalidad de las comunidades indígenas y en los estados del sur con el área rural. El informe también incide en la atención al parto y la importancia de la mortalidad materna como indicador de salud de una sociedad. (PNUD. 1994: 329)

- 34 Para el caso de Estados Unidos ver Loch K Johnson y Diane C. Synder. "Beyond the Tradicional Inteligente Agenda: Examining the Merits of a Global Public Health Portfolio", en Andrew T. Price-Smith. *Plagues and Politics. Infectious Disease and International policy*. Plgrave. 2001; Laurie Garret "The Return of Infectious Disease", *International Affairs*, (75) 1996. O también Jennifer Brower y Peter Chalk, *The Global Threat of New and Reemerging Infectious Diseases*, RAND, 2003. Para una lista de ciertos estados occidentales que han ido incorporando a sus agendas la amenaza que supone el VIH/sida para su salud pública y su comercio ver C. Mc. Innes y K. Lee. "Health, security and foreign policy", *Review of International Studies*, 2002, 32(1) pp: : 5-23

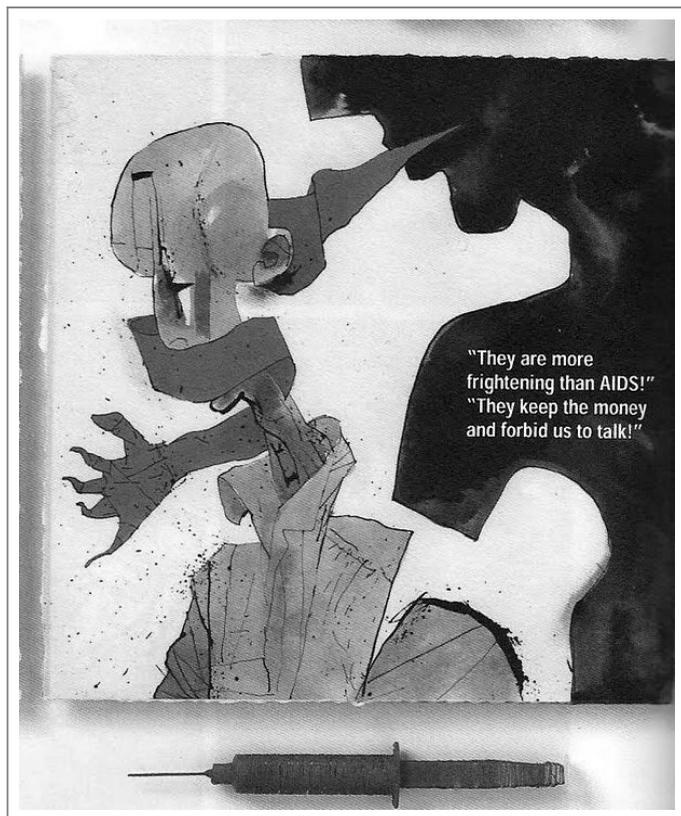


caso del VIH/sida el concepto de seguridad humana haya logrado desplazar al enfoque tradicional de la seguridad nacional. La primera es la paradoja de que finalmente son las presiones al presentar el VIH/sida como una amenaza a la seguridad nacional las que permiten obtener los recursos internacionales y el liderazgo político necesario para motivar un esfuerzo global contra la enfermedad, y la segunda porque aunque se intenta asegurar la supervivencia de cualquier ser humano el interés y la necesidad de mantener las estructuras del estado en educación, en salud y fuerzas armadas está priorizando el destino de los recursos a ciertos sectores sociales. (Elbe; 2005).

Respecto a la estructura estatal la extensión de la epidemia del VIH/sida se relaciona con tres tipos de amenaza a la seguridad nacional de los países africanos. La primera amenaza señala el riesgo que supone la extensión de la epidemia por las tropas de sus ejércitos y el riesgo que significa para el desarrollo de misiones de paz africanas en el continente. El VIH/sida se ha incorporado a través de dos vías principales en los conflictos bélicos en África. Una ha sido a través de la identificación que se ha hecho de las tropas como grupos de riesgo y otra al transformarse el VIH/sida en un arma de guerra. (Elbe; 2002). Estas amenazas hicieron que en el caso del conflicto entre Eritrea y Etiopía el primero exigiera que los cuerpos de paz estuvieran formados por fuerzas testadas negativamente respecto al VIH/sida.. La segunda amenaza señala la extensión de la infección a cuerpos específicos del estado como funcionarios, élites políticas o militares que conlleva el debilitamiento del propio estado africano. Y la tercera indica el efecto desestabilizador que la epidemia tiene en la reconstrucción posconflicto y los equilibrios regionales. (Elbe, 2005; Mc Innes y Kelley, 2002; Feldbaum, Lee y Patel 2006)

Un Lenguaje de la Eficacia

Durante la década de los noventa, y a diferencia de la condicionalidad económica de los ochenta, aparece una condicionalidad política que regula la ayuda oficial al desarrollo. Las características de esta nueva condicionalidad quedan expresadas en la adscripción de los estados africanos a los



principios liberales democráticos caracterizados por el multipartidismo, la participación política, la celebración de elecciones y el respeto a los derechos humanos. (Alcalde y Alberdi; 2005). Dentro de esta nueva condicionalidad cobra importancia la reivindicación del papel que debe jugar la sociedad civil tanto en África como a nivel global. De hecho



fueron las movilizaciones de la sociedad civil las que acompañaron las reivindicaciones de líderes como Nelson Mandela y Jeffrey Sachs que exigían una respuesta de los países Occidentales ante la gravedad de la epidemia de VIH/sida en África³⁵. También influyó en la Declaración de Abuja por la que los estados africanos se comprometían a destinar el 15% de su PIB a la salud de su población. El papel de la sociedad civil también ha sido fundamental en la construcción de la actual estructura de los donantes internacionales lo que ha permitido poner en funcionamiento más de 90 iniciativas internacionales en salud.

Los efectos positivos de esta implicación y el compromiso de la sociedad con la salud también tienen sus claroscuros. Existe un riesgo en la fragmentación de la ayuda y un problema en el aumento de los costes que deben asumir los gobiernos africanos para gestionar esta diversidad de iniciativas. Esto se ha concretado en la necesidad de coordinar los planes verticales de lucha contra el VIH/sida y el fortalecimiento de los servicios de salud para aumentar la calidad de la ayuda en salud. Los planes verticales cuentan con administraciones independientes, recursos materiales propios y pueden arrastrar a profesionales sanitarios fuera de los servicios de salud. Para evitar esto y mejorar la eficacia y la calidad de esta ayuda se ha propuesto actuar en base a una ayuda programática y acorde a los denominados enfoques sectoriales de salud (SWAP). Ha sido la Declaración de París (2005)³⁶ centrada en la mejora de la eficacia y la armonización de las políticas de cooperación la que ha propuesto la construcción de un nuevo marco de relación

35 Estadísticamente más de dos tercios (68%) de todas las personas con VIH/sida viven en África donde se produjeron más de tres cuartos (76%) de todos los fallecimientos (1,6 millones) por sida en 2007. Para ese mismo año se estima que 1,7 millones de personas contrajeron el VIH y eleva a 22,5 millones el número total de personas que viven con el virus en esa región. La mayoría de las personas que viven con el VIH en África Subsahariana (61%) son mujeres. Estas estadísticas aun con todo son sensiblemente mejores que la del año anterior publicadas por ONUSIDA aunque la propia organización en su Informe del 2007 aclara que esta mejoría se debe "al perfeccionamiento de la metodología y no de las tendencias en la misma pandemia" (ONUSIDA; 2007: 9). Aún así estos datos no deben comprenderse de manera homogénea puesto que los estados africanos y sus sociedades presentan diferentes índices de incidencia y prevalencia del VIH/sida entre su población (Bidaurratzaga; 2007)

36 Anteriormente a la Declaración de París hubo otras Declaraciones como la de Monterrey, sobre financiación de la ayuda o la de Roma sobre calidad de la ayuda.

entre donantes y receptores, basado en la apropiación, la alineación, la armonización, la gestión orientada a resultados y la mutua responsabilidad. La Declaración de París se ha dotado para su concreción de una herramienta de apoyo sectorial conocida como SWAP (Sector-Wide Approach Programmes). La filosofía programática de esta herramienta apuesta por una mirada holística o sistemática sobre el conjunto de los sectores que integran la sociedad receptora. La calidad de las políticas de cooperación, la lucha contra la corrupción, la gestión de la información, la coordinación de los esfuerzos de todos los actores (donantes y receptores) y un aprendizaje crítico adaptado al desarrollo del programa son los elementos que componen el enfoque sectorial. Esta herramienta cumplimenta al principal instrumento para erradicar la pobreza los Documentos Estratégicos para la Lucha contra la Pobreza conocidos como PRPS (Poverty Reduction Startegy Papers) que regula la cooperación y la asistencia del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional así como la condonación de la deuda externa de los Países Pobres Muy Endeudados (PPME). La ayuda programática está estrechamente vinculada a los enfoques sectoriales y con ella se pretende integrar los fondos disponibles de la ayuda sanitaria dentro de los propios presupuestos del estado receptor. Desde estos planteamientos se ha considerado a los organismos internacionales como los actores capacitados para liderar a los donantes y coordinar las políticas contra el VIH/sida con los enfoques sectoriales (Pita; 2006). Otros autores han criticado la cultura del auto-interés que rodea el envío de fondos de los donantes frente a los que confían en los mecanismos globales para coordinar la información entre los actores del Régimen: donantes, receptores, organismos no gubernamentales, organismos internacionales o fundaciones (Poore, Nantuyila, Mogeda y Okuonzi; 2004). Junto a este lenguaje ha cobrado importancia el informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud que cifró en 27.000 millones de dólares la cantidad necesaria para garantizar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud. Con ese aporte la Comisión de Macroeconomía y Salud calculó que se salvarían 8 millones de vidas y los países de renta media y baja obtendrían unos beneficios económicos de unos 168.000 millones de dólares al



año. La Comisión Macroeconomía y Salud calculó que para 83 países pobres los gastos sanitarios deberían pasar de los 106.000 millones de dólares en 2007 a 200.000 millones en 2015 para alcanzar los ODM en materia de salud. Para lograrlo la CMS considera lo que supondría el gasto adicional encauzado a través de la AOD. (CMS; 2001. Acción por la Salud Global 2007). Esta Comisión presenta un comité de expertos vinculados históricamente al Banco Mundial cuyos análisis financiero desplaza la investigación sobre los determinantes sociales y económicos de la salud (Waitzkin; 2003).

La Crisis Económica

Vamos a incorporar la actual crisis económica a los procesos que caracterizan la estructura de los donantes globales de salud y los discursos articulados por distintas organizaciones provenientes de la sociedad civil.

Comenzamos identificando esta estructura con una multiplicidad de nuevas asociaciones médicas entre lo público y lo privado que reflejan la importancia que la sociedad civil tiene en su articulación y proliferación. De tal forma que la apuesta por la coordinación de los múltiples actores de la cooperación no sólo representa un problema en la armonización de la ayuda, si no también un debate sobre el papel que puede jugar la sociedad civil en las políticas internacionales de salud. El Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo en Accra extiende a la sociedad civil un papel fiscalizador que la identifica como reguladora de las acciones del estado en materia de salud (ApSG; 2009: 12-23) Mientras a nivel global la sociedad civil del norte fortalece un multiraterlismo paralelo al sistema de Naciones Unidas. La colaboración entre la sociedad civil y diversas multinacionales farmacéuticas ha hecho emerger las asociaciones público privadas, desde que las impulsara en 1998 desde la OMS su por aquel entonces directora general Gro Harlem Brundtland, y que permitió aumentar rápidamente las cantidades económicas externas a los presupuestos fijados por la organización³⁷. La debilidad del sistema de Naciones Unidas y

37 Proyecto de Pares Europeos sobre la Dependencia en el Tabaco, la Alianza Global para el Desarrollo de Medicamentos contra la Tuberculosis, la Alianza Global para la

la creación de intereses para la atención de enfermedades frente a las cuales lo que se denomina como fallos del mercado, o dicho de otro modo desinterés económico por la investigación y actuación frente a ciertas enfermedades infecciosas, motivó la multiplicación de Asociaciones Médicas Público-Privadas. Las alianzas público-privadas y los partenariados para el desarrollo de productos (PDP) son una fuente adicional de recursos financieros y técnicos al servicio de la lucha contra la pobreza y recrean un espacio común donde líderes empresariales, directores de grupos sociales, representantes gubernamentales y técnicos de agencias internacionales comparten agenda, discuten los principales retos del desarrollo y cómo trabajar conjuntamente para resolverlos. Entre ellos está el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) que es la iniciativa vertical de salud más importante y la alianza público-privada que más recursos aporta a la lucha contra el VIH/sida. El Fondo fue creado en el 2002 a instancias de la Cumbre del G-8 en Génova (2001) que acordó el establecimiento de una alianza público-privada entre donantes particulares, ONGD, fundaciones, gobiernos nacionales y organizaciones intergubernamentales. Desde su creación, el fondo ha comprometido, hasta marzo de 2007, 7.600 millones de dólares en 450 programas de 136 países. Este Fondo no es un organismo ejecutor, sino financiero, por lo que cobra especial relevancia la calidad de las propuestas que los países receptores puedan presentar. Hasta el 2005 el 97% de las aportaciones del Fondo fueron realizadas por el sector público y sólo el 3% por el privado. Estos recursos se dedican al Fondo se dedican a la compra de fármacos a las propias empresas farmacéuticas³⁸. Aunque el Fondo no ejecuta los proyectos tiene el poder de dirigir recursos financieros a una serie de enfermedades

Eliminación de la Filiarisis Linfática, la Alianza Global para la Eliminación de la Lepra, la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización, La Eliminación Global del Tracoma, el Grupo de Pares Global para Combatir el Fuego, el Grupo de Pares para un Envejecimiento Saludable, La Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio, la Iniciativa para la Salud Escolar Global, la Iniciativa Multilateral para la Malaria, Medicinas para la Empresa de la Malaria, la Alianza para el Control de Parásitos, Hacer Retroceder a la Malaria, Detener la TB, Iniciativa para el Acceso a Medicamentos.

38 Por gasto en 2006 el 48% de las subvenciones se habían dirigido a la compra de fármacos y artículos de consumo Fernando Casado, Ana Fernández-Ardavín, Isabel García, Mónica Goded, Federico Steinberg. Cumpliendo Objetivos. Diseño de las Políticas para lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Entinema. Madrid.2007, pag, 115



específicas, en concreto al VIH/sida³⁹, y no a otras necesidades sanitarias lo que ha llevado a cuestionar la participación que los gobiernos del sur pueden ejercer en el diseño de sus planes sanitarios nacionales.

Otros Partenariados Público-Privados han dirigido su actuación a estimular la producción de aquellas medicinas que no guardan interés para las farmacéuticas. A este ámbito pertenecen⁴⁰:

La iniciativa GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) creada en el año 2000 con la misión de aumentar el acceso global a los beneficios de la inmunización para disminuir la mortalidad infantil y proteger la salud de la población.

La International AIDS Vaccine Initiative (IAVI), fundada en 1996, es una iniciativa público-privada que trabaja para acelerar el desarrollo de una vacuna que prevenga el VIH y que sea segura, efectiva y accesible.

La International Partnership For Microbicides (IPM), que es un PDP que nació en 2002 para prevenir la transmisión de VIH y acelerar el desarrollo y la accesibilidad de las mujeres de los países en desarrollo de un microbicida seguro y efectivo contra la enfermedad.

La Medicines for Malaria Venture (MMV) es una organización con fines no lucrativos creada en 1999 para impulsar el desarrollo de nuevos tratamientos contra la malaria que sean accesibles y efectivos a través de partenariados público-privados, donde están representados la industria farmacéutica y el sector público.

La Global Alliance for TB Drug Development que tiene como misión encontrar nuevos medicamentos antituberculosos, más efectivos y eficaces. La "Global Alliance for TB Drug Development" pertenece al "Stop TB Partnership", que también

39 Por regiones hasta el 2006 el 55% del total de las subvenciones se habían dirigido a África, la siguiente región fue Asia Oriental que ha recibido un 14% del GFATM. Por enfermedades en 2006 el 57 % de las subvenciones se habían dirigido a la lucha contra el VIH/sida, el 27% a la Malaria y el 15% a la Tuberculosis. *Ibidem*, pag, 115

40 La siguiente clasificación aparece en el Informe La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Ayuda Humanitaria 2008 (Prosalus, Médicos Mundo y Medicus Mundi, 2008: 44-48)

busca la eliminación de la tuberculosis como problema público de salud.

Un PDP que difiere de los anteriores es Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi), donde no aparece la empresa farmacéutica. En 2003, 5 institutos públicos, una ONG y la OMS, se reunieron para desarrollar nuevos medicamentos o nuevas formulaciones de los ya existentes para enfermedades olvidadas como malaria, tripanosomiasis o leishmaniasis.

Estos PDP consideran que es en la iniciativa privada donde descansan las posibilidades de innovar en las investigaciones terapéuticas requeridas para tratar las enfermedades del sur sin tener en cuenta la importancia del apoyo estatal en los primeros pasos de estas investigaciones. Esta relevancia dada a la industria privada sucede en un contexto caracterizado por una regulación basada en patentes que imposibilita el libre acceso a los medicamentos en África. Estas dos causas han hecho que ciertas ONGs del norte hayan mostrado su preocupación ante al alcance y las verdaderos beneficios que estas iniciativas pueden tener en el sur. (Prosalus, Médicos Mundo y Medicus Mundi, 2008: 48).

Los fondos privados, hasta hace poco relativamente insignificantes, representan ahora un cuarto de la totalidad de la ayuda para el desarrollo destinada a salud, y el principal donante es la Fundación Bill y Melinda Gates, con 895 millones de dólares en 2005, y que supone el 65% de toda la ayuda privada mundial, y el equivalente al gasto total de la OMS. Junto a las instituciones privadas filantrópicas, también se han introducido con fuerza numerosos organismos de financiación, donantes bilaterales, organizaciones multilaterales y grupos de empresas dedicados a abordar las amenazas a la salud mundial. Al igual que los donantes privados, estos grupos tampoco rinden necesariamente cuentas al público; con frecuencia, responden en forma indirecta a las necesidades percibidas en el plano nacional. En el año 2005, los donantes bilaterales aportaron más de 8.000 millones de dólares a la salud pública. El principal donante bilateral es el Plan de Emergencia para Alivio del SIDA (PEPFAR) que se presentó en 2003 y destina un 10% de sus aportaciones al GFATM canalizando el resto como ayuda



bilateral. El PEPFAR es el programa bilateral que más dinero da a la lucha contra el VIH/sida suponiendo el 49,6% de los gastos comprometidos por los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) a esta epidemia. Su creación está vinculada al sector religioso cercano al gobierno del anterior presidente George Bush. Esta conexión permitió la llegada de grandes sumas de dinero y la definición de una estrategia de lucha contra el VIH/sida más acorde a un pensamiento conservador que a criterios clínicos (Burkhalter, 2006). El PEPFAR funciona a través de una estrategia "abc" (Abstinence, Be Faithful and Use Condoms) y relaciona sus actuaciones con el control sexual y las políticas de abstinencia hasta el matrimonio.

Respecto a los discursos articulados por distintas organizaciones provenientes de la sociedad civil se ha enfatizado que la actual crisis económica no sirva para olvidar la necesidad de cumplir



las directrices de la Comisión Macro Economía y Salud y se ha alertado de las excusas que pueden ser esgrimidas, en tiempos de crisis, por los donantes internacionales para reducir su nivel de ayuda. Frente a esta reivindicación, sorprendentemente el CAD ha difundido unas cifras donde se observa que en 2008, la

AOD neta total que destinaron los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) creció un 10,2% en términos reales, hasta alcanzar los 119.800 millones de dólares estadounidenses. Se trata del nivel más alto jamás visto en AOD y representa el 0,30% del Producto Interior Bruto (PIB) de todos los donantes en su conjunto (OCDE, 2009). A su vez la tendencia de la AOD en salud ha ido aumentando desde 2000 a 2006 pasando a ser de un 7,94% a un 15,20% de toda la AOD destinada a salud. (Prosalus, Médicos Mundo y Medicus Mundi, 2008: 54).

La tendencia a continuar reivindicando un mayor aporte financiero, demanda que casa con la preeminencia de una agenda técnica para las políticas internacionales de salud, es protagonista en muchas denuncias de la sociedad civil. La centralidad dada al aspecto financiero se compagina con otros esfuerzos tendentes a demandar unos servicios de salud universales y equitativos para toda la población (ApSG, 2009). Pero los enfoques más centrados en la Comisión Macroeconomía y Salud pueden tender a olvidar que la centralidad de cualquier agenda de salud no debe ser ni la lucha contra la enfermedad ni la gestión de los servicios de salud si no la propia sociedad. Es en función de la existencia de otros criterios en la entrega de la ayuda en salud y de otros aspectos que influyen en la salud de la población del sur desde donde podemos incorporar la crisis económica actual a un conjunto de procesos históricos que caracterizan nuestro presente. Pero antes de esto queremos dejar bien claro el drama que puede causar la actual crisis económica. Se estima que la reducción del crecimiento costará a los 390 millones de personas que viven en la pobreza extrema en África Subsahariana, 18.000 millones de dólares, es decir una reducción del 20% en su renta per cápita. Se prevé que se incrementen los casos de mortalidad infantil de 200.000 a 400.000 casos y aumente la malnutrición infantil. (ApSG, 2009: 8). Por todo ello vigilar y asegurar la financiación de la ayuda es una necesidad urgente y una responsabilidad ineludible. Pero ello debe también compaginarse con otras actuaciones que no continúen ocultando la existencia de intereses de los donantes alejados a la mejora de la salud de la población y la necesidad de actuar sobre otros determinantes de la salud.



Respecto a la presencia de otros intereses en la dirección dada a la cooperación internacional en salud, diferentes ONGs han denunciado que gran parte de ésta ayuda continúa condicionada a préstamos reembolsables o a la compra de materiales y de servicios a los estados donantes (Prosalus, Médicos Mundo y Medicus Mundi, 2008: 68-70). Respecto del conjunto de otros determinantes además del financiero que influyen en las políticas de salud hacia África es oportuno recordar que, como hemos venido viendo desde la década de los noventa, se ha fortalecido un lenguaje técnico que desliga la salud de la población de las relaciones de poder. Alma-Ata continúa considerándose como un elemento imprescindible para el diseño de las políticas internacionales de salud. Pero ya hemos señalado como Alma-Ata y la APS supusieron denunciar el papel que jugaban las relaciones de poder en las políticas internacionales de salud. Comprender cómo se actualizan unas relaciones de poder cuyo contexto de actuación avanzó desde un orden internacional caracterizado por la guerra fría a otro identificado con el neoliberalismo, nos permite descubrir a golpe de siglo XXI nuevos determinantes que influyen en la salud del sur. Estas investigaciones pueden ser nuevas áreas de presión política para el trabajo académico y las organizaciones solidarias. La importancia que tiene para el diseño de las políticas internacionales de salud hacia África la presencia de los intereses económicos, el valor que cobra la amenaza del VIH/sida para las agendas de seguridad de los principales donantes, la importancia de agendas paralelas como la China o la salida de profesionales sanitarios de África para trabajar en el Norte se juntan a la crisis económica y muestra un foto enriquecida de los retos al que se enfrenta el derecho a la salud en África en esta primera década de siglo XXI.

Dentro de la OMS la necesidad de actualizar cómo las relaciones de poder influyen en la salud del sur han sido encaradas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud que en 2008 publicó su Informe sobre determinantes Sociales de la Salud. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud va más allá de las recomendaciones financieras y señala que para una atención universal se hacen necesarias tres vías de acción; mejorar las condiciones de vida en que vive y trabaja la

población, luchar contra la distribución desigual del poder y mejorar el acceso a los recursos a nivel mundial. Esta Comisión también requiere de herramientas que midan la magnitud de los problemas de salud de la población y evalúen las intervenciones sanitarias para facilitar el diseño de políticas públicas sanitarias. El lenguaje adoptado por la Comisión de Determinantes Sociales de Salud continúa las investigaciones que se han venido produciendo desde hace casi una década⁴¹(OMS, 2008). El paraguas de trabajo que presenta esta Comisión llama a la articulación de diferentes conocimientos que incorporan la crisis económica actual a un conjunto de crisis ecológicas, alimentarias e inmigratoria que caracterizan nuestro momento actual. Esta investigación puede servir para comprender las causas de las causas, es decir la importancia de considerar y actuar sobre unos factores estructurales globales que influyen en la salud de la población.

Si como hemos intentando mostrar en el artículo los intereses económicos han estado presentes desde el origen de la cooperación internacional en salud no han sido exclusivos a cómo Occidente ha dominado las agendas y políticas internacionales de salud. Esta hegemonía se ha podido establecer a través del control de unas relaciones de conocimiento-poder que han estado legitimando históricamente que lenguajes participaban en el debate sobre el diseño de las políticas de salud internacional y se han vinculado estrechamente con formas de representar a la población africana. Seguir las indicaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud puede permitir recuperar estas relaciones de poder como espacio de lucha para los colectivos y organizaciones solidarias con la salud del sur. La denuncia acompañada de la investigación multidisciplinar sobre cómo las actuales crisis afectan a la salud de la población africana es también un ámbito necesario de lucha que no debe de ser excluido por los planteamientos más técnicos de los donantes. Por eso es importante comprender las relaciones entre un orden global neoliberal y la salud de la población del

41 Ver Marmot, Michael y Wilkinson, Richard, *Social Determinants of Health*, Oxford University Press.2003



sur y desde aquí analizar críticamente si el único papel que puede jugar las organizaciones preocupadas por la mejora de la salud de la población en África es fiscalizar al estado y colaborar en asociaciones público-privadas o desvelar y actuar sobre determinantes de salud más alejados y caracterizados por un contexto global dominado por el neoliberalismo. En esta línea, vemos interesante, como diversos colectivos y ONGs denuncian y profundizan en las relaciones entre la salud y el medio ambiente (hay una comisión especial de medio ambiente en la OMS), salud y soberanía alimentaria, la globalización de pautas alimenticias y los intereses económicos del agronegocio, las políticas inmigratorias de la UE que admite inmigrantes cualificados que desabastecen el mercado local y nutren nuestros servicios de salud, o la creación de zonas de libre comercio entre África y Europa que fortalecen el control del mercado sobre los mecanismos de acceso a los fármacos.

Bibliografía

ALCALDE, Ana y ALBERDÍ, Jokin; "Gobernabilidad y cooperación internacional al sur del Sahara" en Alicia Campos Seraano, (ed.), Ayuda, mercado y buen gobierno. Los lenguajes del desarrollo en África en el cambio de milenio, Barcelona, Icaria, 2005

AMIN, Samir El fracaso del Desarrollo en África y en el Tercer Mundo, Madrid, Iepala, 1989

ANTEZANA, F y SEUBA, X; Medicamentos esenciales. Historia de un desafío. Madrid, Icaria, 2008

ApSG, Acción por la Salud Global; Alerta de Salud. Por qué Europa debe actuar ya para cumplir los Objetivos del Desarrollo del Milenio, Acción por la Salud Global, 2007.

ApSG, Acción por la Salud Global; Salud en Crisis. Por qué Europa, en tiempos de crisis económica-financiera debe hacer más para conseguir los Objetivos del Desarrollo del Milenio de salud, Acción por la Salud Global, 2009.

BANCO MUNDIAL, Invertir en Salud. Resumen ejecutivo. Washington, 1993

BANCO MUNDIAL, "La Iniciativa Bamako". Informe Desarrollo Mundial 2004, Washington, Banco Mundial, 2004. Pp. 76-77

BIDAURRATZAGA, Eduardo, "Desarrollo Humano en África subsahariana: evolución y perspectivas de la educación y la salud", en Santamaría Antonio y Oya Carlos, Economía política del desarrollo en África. (Madrid: Akal, 2007)

BROWNWE, J y CHALK, P The Global Threat of New and Reemerging Infectious Diseases, RAND, 2003

BURKHALTER, Holly "The politics of AIDS" Foreign Affairs. Enero/Febrero 2007

BUTCHART, Alexander; *The anatomy of power: european constructions of the african body*, Londres: Zeed Books, 1998

CANGUILHEM, Georges; *Ideología y racionalidad en la historia de las Ciencias de la Vida* (Madrid: Amorrortu, 2004

Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En línea:

http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

COMAROFF, Jean; "The diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism, and the black body en Knowledge", Lindembaum, Shirley y Lock, Knowledge, Power and Practice, *The anthropology of Medicine and. Everyday Life*, Berkeley, 1993.

COOPER, Frederick. *Africa since 1940*, Cambridge University Press, 2002.

COX, R y JACOBSON, H "WHO: Medicine, Regionalism and Managed Politics", *The anatomy of influence. Decision making in international organization*, Yale, 1974.

CUETO, Marcos, "The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care", *American Journal of Public Health*, Noviembre 2004, 1864-1874

DJUKANOVIC, V y MARCH, E. P.; *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo* (Ginebra: OMS y UNICEF, 1976)

DUBIN, Martin, "The League of Nations Health Organisation" en Paul Weindling , *International Health organizations and movements, 1918-1939*, Cambridge, 1995

ELBE, Stefan 'Should HIV/AIDS be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking HIV/AIDS and Security' *International Studies Quarterly*, Vol. 50, No. 1, Marzo, 2006, pp. 119-144.

FILDER, David; "The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy" *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, pag 79

FINNEMORE, Martha, "Redefining Developmet at the World Bank" *International Development and the Social Sciences: Essays in the Politics and History of Knowledge*, en. Cooper, F y Packard, R.(Berkeley: University of California Press, 1997), pp: 203-223.

GARRET, Laurie; "The challenge of Global Health", *Foreign Affairs*, Enero/Febrero 2007; pp: 14, 38

GERSHMAN, John y IRWIN, Alec "Getting a grip on the global economy", JimYong King, Joyce V. Millen, Alec Irwin, John Gershman. *Dying for Growth. Global Inequality and the Health of the Poor*. Maine , Comon Courage Press. 2000

GOODMAN, Neville; *International Health Organizations and their Work*, Philadelphia-New York, The Blakiston, 1952

HOWARD-JONES, Norman, *The scientific background of the International Sanitary Conferences (1851-1938)*. Génova, Organización Mundial de la Salud, 1975.

HUERTAS, Rafael, *Neoliberalismo y Políticas de Salud*. Madrid. El Viejo Topo. 1998



IRWIN, John y SCALI, Emile, Action on the social determinants of health: A historical perspective, Global Public Health, 2007.

LEE, Sung; "WHO and the developing world: the contest for ideology" en Andrew Cunningham y Bridie Andrews Western medicine as contested knowledge, Manchester, 1997.

MARMOT, Michael y WILKINSON, Richard, Social Determinants of Health, Oxford University Press.2003

MATEOS JIMÉNEZ, Juan. "Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)" Rev. Esp. Salud Pública. Número 3, vol. 79, 2005.

Mc INNES, Collin y LEE, Kelley, "Health, security and foreign policy", Review of International Studies, 2002, 32(1) pp: :5-23

Objetivos del Desarrollo del Milenio. En línea. <http://www.un.org/millenniumgoals>

OCDE, Development aid at its highest level ever in 2008. En línea: http://www.oecd.org/document/35/0,3343,en_2649_34487_42458595_1_1_1_1,00.html

OMS, "Un porvenir más seguro. Protección a la salud pública mundial en el siglo XXI". Informe Sobre la Salud en el Mundo, Ginebra, OMS, 2007

OMS, Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS, 2008.En línea: www.who.int/socail_determinants

OMS, Macroeconomic and Health: Investing in health for economic development. Informe de la Comisión Macroeconomía y Salud (CMS), OMS, 2001.

ONUSIDA (2007), Situación de la epidemia de Sida, Ginebra 2007.

PACKARD, Randall "Industrial Production Health and Disease in Sub-Saharan Africa", Social Science & Medicine (28) 1989, pp; 475-4796

PACKARD, Randall y EPSTEIN, Paul "Epidemiologists, Social Scientists and Structure of Medical Research on AIDS in Africa", Social Science and Medicine 33. 1991

PÉREZ DE ARMIÑO, Karlos y AREIZAGA, Marta "Seguridad Humana" en Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. Bilbao. Hegoa. 2000. En línea <http://dicc.hegoa.efaber.net/>

PITA, Juan Ignacio Nuevos Instrumentos de la cooperación española: la experiencia mozambiqueña. Madrid. Fundación Carolina CeALCI. 2006

PNUD, "Definición y medición del Desarrollo Humano" en Informe sobre el Desarrollo Humano. PNUD. 1990

PNUD, "Nuevas Dimensiones de la Seguridad Humana". Informe sobre el Desarrollo Humano. PNUD. 1994

POSTIGO, Diego y MANZANEDO, Cristina " El papel de la AOD en el cumplimiento de los ODM" en vv.aa. Cumpliendo Objetivos. Diseño de las Políticas para lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio. Entinema. Madrid.2007; pp:

PRICE-SMITH, Andrew T. Plagues and Politics. Infectious Disease and International policy. Plgrave. 2001

PROSALUS, MÉDICOS MUNDI y MÉDICOS DEL MUNDO, Informes: La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Madrid, 2008

RIST, Gilbert; El desarrollo. Historia de una creencia Occidental. Madrid, Los Libros de la Catarata, 2002.

SCHOEPF, C, SCHOEPF, J y MILLEN, J "Theoretical Therapies, Remote Remedies: SAPs and the Political Ecology of Poverty and Health in Africa" en Millen, K; Irwin, J y Gershman J.; Dying for growth: global inequality and the health of the poor, Maine, 2000

STANDING, Hilary; El género y la reforma del sector salud, Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center, 2000

TURSHEN, Merediht. Privatizing Health Services in África, Rutgers, 1999.

UNCETA, Koldo; La cooperación al desarrollo: surgimiento y evolución histórica (Vitoria-Gasteiz, : Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2000)

VAUGHAN, Megan, Curing their Ills. Power and African Illnes; Cambridge, 1991.

WALSH, Julia y WARREN, Kenneth S.; "Selective and Primary Health Care, an Iterim Strategy for Disease Control in Developing Countries", New England Journal of Medicine, Nro.301. 1979, pp. 967-974

WALT, Gill, Health Policy. An introduction to process and power, Londres, Zed Books, 1998.

WERNER, David y SANDERS, David ; Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, Palo Alto, CA: Healthwrights, 1997.

En línea: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>



Renovando la Cooperación
JORNADAS FORMATIVAS
INTERNACIONALES DE
COOPERACIÓN AL DESARROLLO
Y ENERGÍAS RENOVABLES
Imarcoain del 1 al 4 de junio
Navarra

2012 CONTIGO AVANZAMOS  Gobierno de Navarra  SODEPAZ  ICENIFER

<http://jfersursur.sodepaz.org/>