

De los Procesos de Cooperación Internacional en Salud y sus Problemas*

Laura L. Nervi[†]

Adjunct Faculty, Public Health Program, Department Family & Community Medicine,
University of New Mexico.

Resumen.

Desde la década pasada, salud ha recibido una atención creciente en las agendas políticas internacionales y el financiamiento disponible para la cooperación internacional en salud (CIS) se ha triplicado.¹ Acompañando esta tendencia, se observa un sustancial incremento de la capacidad de análisis acerca de la estructura y dinámica de los flujos financieros, los acuerdos internacionales que representan hitos para aumentar su eficacia y la definición de objetivos y metas en salud global. Sin embargo, menos atención se ha prestado a las consecuencias que el cada vez más intrincado panorama de la CIS está teniendo en países de ingresos bajos y medios (PIBM) y las complejas conexiones de los procesos de toma de decisiones, las relaciones de poder y las articulaciones local/global implicadas en la planificación, canalización y ejecución de la ayuda internacional. Este artículo está orientado a identificar muy esquemáticamente algunas de las cuestiones comunes que los gobiernos de los PIBM confrontan en los procesos de incorporación de la CIS en sus agendas políticas nacionales. Como este trabajo está orientado a subrayar las oportunidades y barreras comunes que se observan, no se tomarán en cuenta, salvo excepciones, las cruciales diferencias que existen entre países, regiones, o entre agencias donantes y organizaciones; asimismo, se utilizarán términos opinables y que implican una gran simplificación, como es por ejemplo el de países desarrollados y países en desarrollo, o países donantes y receptores de ayuda.

Palabras claves: Salud Publica, Cooperación Internacional, Planificación de la Salud.

* Una versión previa menos extensa y en inglés fue publicada en GESPAM <http://www.equilibri.net/nuovo/gespam>, en febrero de este año; Nervi, L: Easier Said than Done (in Global Health): A Glimpse at Nonfinancial Challenges in International Cooperation <http://www.equilibri.net/nuovo/articolo/easier-said-done-global-health-glimpse-nonfinancial-challenges-international-cooperation>. Se publica este artículo con la autorización de GESPAM.

[†] Antropóloga, con maestría en ciencias sociales, maestría en salud pública y doctorado en antropología

1.- Introduciendo el Tema de Cooperación Internacional en Salud

Idealmente, la CIS es la asociación entre países y/o sus instituciones públicas y privadas para movilizar recursos técnicos (compartiendo el saber-cómo-hacer, las buenas prácticas y experiencias), materiales y financieros para alcanzar objetivos comunes en la búsqueda de la justicia social y la salud para todos. La CIS es también llamada “ayuda global en salud”, “ayuda internacional en salud” y “asistencia al desarrollo para salud”. Aunque en este trabajo el término CIS será usado de forma indistinta con las otras denominaciones, es importante tener en cuenta que cada término tiene diferentes supuestos ideológicos. El concepto de CIS enfatiza ...”el esfuerzo conjunto que integra a los socios en un proceso en el cual el saber-cómo-hacer y las orientaciones estratégicas son compartidas, por lo tanto apuntando a la planificación y ejecución conjunta de programas o proyectos, con la autonomía de los socios y la sostenibilidad del proceso como un todo”.² Esto se diferencia de los otros términos mencionados, los que evocan un enfoque basado en una visión unidireccional, de transferencia tecnológica, que fue hegemónica entre las agencias bilaterales y multilaterales desde los cuarenta hasta el final de los setenta.³

La CIS es una parte importante del total de la ayuda al desarrollo. Tomando sólo el año 2013, se estima que los fondos efectivamente desembolsados (excluyendo por tanto los fondos comprometidos o proyectados) para ayuda al desarrollo en salud ascendieron a 31.300 millones de dólares en préstamos y ayuda no reembolsable.⁴ Estos fondos juegan un importante papel para el financiamiento sectorial de muchos PIBM. En algunos países de ingresos bajos, estos fondos constituyen un componente crucial de los recursos disponibles para salud, aunque siempre son subsidiarios de los recursos públicos aportados por los propios países. En el año 2010, por ejemplo, para todo el África Subsahariana (la región del mundo en donde la ayuda al desarrollo para salud tiene la mayor importancia comparativa), el gasto público gubernamental en salud alcanzó los 29.400 millones de dólares, que representa 3.6 veces más que los fondos internacionales para salud desembolsados ese mismo año en dicha región. En el caso de los países de ingresos medios, la ayuda al desarrollo en salud no-reembolsable no constituye un componente esencial del gasto público en salud, aunque generalmente sí cumple un papel más importante la financiación reembolsable (préstamos) y es muy importante y apreciado el rol que juega la cooperación técnica.

Asimismo, un creciente número de países de ingresos medios (sobre todo los de ingresos medio-altos) se han convertido últimamente en pivotes de la cooperación triangular y de la cooperación sur-sur, en muchos casos aún cuando son países todavía receptores de ayuda internacional en salud. Tomados todos los PIBM juntos, el gasto público gubernamental en salud es más que 18 veces los fondos desembolsados en CIS (en 2010, 521.000 millones de dólares para el gasto público y 28.200 por la CIS).⁵

También, la CIS (y toda la cooperación para el desarrollo en su conjunto) es una parte importante de la política exterior (“intereses nacionales”) de los países donantes.⁶ Algunas veces, las políticas de CIS cambian dentro de los países donantes al ritmo de los cambios de gobierno y otras veces las políticas constituyen líneas establecidas que se mantienen a pesar de los cambios de orientaciones de los gobiernos. Algunos países donantes son influenciados por intereses particulares y lobistas que presionan por establecer determinadas políticas de CIS. La cooperación sur-sur y la cooperación trilateral no están eximidas de la potencial influencia de estas fuerzas.

2.- Modelo de Asistencia vs. Modelo de Cooperación en el Panorama Cambiante de la CIS

Antes de que las políticas neoliberales comenzaran a afianzarse hace unos treinta años, la CIS era canalizada mayormente a través de las organizaciones multilaterales de salud y las agencias bilaterales de cooperación internacional. Las acciones de estos dos tipos de organizaciones eran (y todavía son) costeadas mayormente con recursos públicos. Las agencias multilaterales eran sobre todo financiadas a través de las cuotas anuales de sus países miembros y las agencias bilaterales eran (y todavía son) financiadas con los dineros de los impuestos pagados por los contribuyentes de los países donantes. Los fondos de las agencias bilaterales y los provenientes del sector privado y las organizaciones filantrópicas siempre contribuyeron al sistema multilateral de salud, el cual usaba dichos fondos para apoyar las prioridades definidas multilateralmente (aunque, como es bien conocido, el sector privado siempre ha influenciado la agenda en salud internacional de diferentes maneras). El régimen de gobernanza del sistema multilateral basado en un-país-miembro/un-voto dio a los países en desarrollo al menos una participación formal en los procesos de decisión.

Preocupaciones con la eficacia del trabajo realizado por las agencias multilaterales de salud proliferaron en los países donantes y el mundo académico. Ellas fueron a veces culpadas por su falta de pericia para expandir las competencias en salud pública en los PIBM. Asimismo, fueron criticadas por mantener “la marca ideológica de Occidente”, desarrollar una (paternalista, preconcebida, unidireccional, vertical) visión basada en la transferencia tecnológica, mostrar una limitada memoria corporativa, adoptar políticas no testeadas que devenían doctrinas indesafiadas. Y fueron acusadas de actuar más guiadas por la necesidad de satisfacer sus propias necesidades auto-reproductivas que por apoyar a los países receptores y se las culpó de basar sus actividades de cooperación mayormente en reuniones técnicas y seminarios (el “síndrome del taller de capacitación”) en vez de desarrollar acciones más vigorosas.⁷

La visión basada en la transferencia tecnológica (“asistencia técnica”) fue desafiada en los setenta por Halfdan Mahler y el movimiento que él lideró para la democratización de la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁸ Ellos vieron las relaciones asimétricas de poder entre países donantes y receptores de ayuda y llamaron a un cambio desde la asistencia técnica a la cooperación técnica, algo que otras agencias de Naciones Unidas ya estaban discutiendo.^{9 10} Cooperación técnica y cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) fueron el correlato (en el tema de la CIS) de la Declaración de Alma Ata y producto de un movimiento mundial por la salud que las visualizó como parte indivisible de una misma meta: la Salud Para Todos.^{11 12} A consecuencia de las dictaduras militares que asolaban la región a finales de los setenta, una parte importante de América del Sur no tuvo oportunidad de participar ampliamente de este movimiento. El movimiento mismo fue interrumpido entre finales de los ochenta y principios de los noventa por la constitución del neoliberalismo como ideología hegemónica de la mano del proceso de globalización, lo que impactó rápida y profundamente -con pocas excepciones- tanto a las políticas nacionales e internacionales de salud como a las de CIS.

Paulo Freire también desafió los supuestos de la “asistencia técnica” e influyó mucho las visiones sobre cooperación internacional, cuestionando la idea de que las soluciones prefabricadas eran apropiados instrumentos para el desarrollo. Freire enfatizó la importancia de construir relaciones simétricas entre todos los actores participantes, siendo el que sigue uno de sus más famosos pronunciamientos: “Sabíamos que teníamos algo con qué contribuir para la respuesta al

gran desafío. De no haber tenido ese algo no se explicaría que hubiéramos aceptado la invitación. Pero, fundamentalmente, sabíamos que la ayuda que se nos pedía no sería verdadera sino en la medida en que, durante todo el proceso, jamás pretendiéramos ser los sujetos exclusivos de ella, reduciendo así al papel de puros objetos a los nacionales que nos la solicitaban. La ayuda auténtica –nunca está demás insistir en esto- es aquella en cuya práctica se ayudan entre sí todos los comprometidos, creciendo juntos en el esfuerzo común de conocer la realidad que se están esforzando en transformar. Una práctica así, en la que quienes ayudan y quienes son ayudados se ayudan simultáneamente, es la única en la que el acto de ayudar no se distorsiona en dominio de quienes ayudan sobre quienes son ayudados”.¹³

La cooperación internacional de Cuba en salud tuvo una influencia decisiva, en especial en América Latina y en África. Cuba fue el primer país en desarrollar lo que hoy llamamos cooperación sur-sur. Basada en el principio de solidaridad entre los pueblos y las lecciones aprendidas a través de la construcción de su propio sistema nacional de salud público y universal (a pesar de la masiva emigración de sus médicos cuando se constituyó el gobierno revolucionario), Cuba inició a principios de los sesenta procesos de cooperación de corto y de largo plazo. Cuba desarrolló uno de los más importantes programas de CIS del mundo que incluyó (y todavía incluye) desde ayuda humanitaria en situación de guerra o catástrofes naturales, hasta el desarrollo de recursos humanos, intervenciones de salud pública, desarrollo de servicios de salud, desarrollo de capacidades de gestión en salud, provisión directa de servicios, entre muchos otros aspectos relacionados con salud. Cuba ha probado que la cooperación en salud es mucho más que el apoyo financiero directo y ha ganado reconocimiento y admiración por 50 años de trabajo en la mayor parte del mundo en desarrollo. También, en algunos contextos y acuerdos entre gobiernos -que no reemplazan la cooperación no reembolsable que sigue ofreciendo el país- representa una fuente de divisas. Hoy, la CIS es para Cuba una de sus más importantes formas de diplomacia¹⁴.

En la última década, Brasil se ha convertido en uno de los principales actores en el campo de la CIS y otras áreas de la cooperación para el desarrollo. La CIS tiene varias modalidades: cooperación sur-sur bilateral en América Latina y África a través de la Agencia Brasileña de Cooperación como organismo canalizador de la cooperación técnica de la Fundación Oswaldo Cruz y otras instituciones; como país pivote en la cooperación triangular financiada por donantes

tradicionales; la cooperación con fondos propios a través de la OPS/OMS para la cooperación con países e instituciones de América Latina y África y la movilización de cooperación técnica entre países; la cooperación con la creación y desarrollo de organismos y redes para avanzar la Agenda de Salud de UNASUR; el aporte a BRICS para la cooperación en salud global¹⁵, entre otras modalidades. Ellas tienen en común la búsqueda de procesos de asociación entre los países y las instituciones que sean consistentes con la visión de cooperación horizontal y solidaria. Brasil busca definir un modelo propio de cooperación que todavía está en fase de construcción y capitalización de sus propias experiencias como país receptor de ayuda y las lecciones que acumula como donante. Acompañando este proceso, un cuerpo creciente de reflexiones críticas acerca sobre sus propias acumulaciones y dilemas en el campo de la CIS, nutre el debate desde el país y ámbitos internacionales.^{16 17 18 19 20}

En cuanto a la cooperación norte-sur en salud, la cooperación española se ha destacado por hacer de la cooperación en salud uno de los bastiones de la lucha contra la pobreza, reconociendo la salud como derecho humano, bien público y responsabilidad pública nacional e internacional.²¹ Asimismo, esta cooperación ha sido reconocida por sus consistentes avances en la promoción de la cooperación horizontal y en los intentos por cumplir los principios de la Declaración de París, ya sea a través de su agencia nacional de cooperación (AECID) como de varias de sus comunidades autónomas, diputaciones provinciales y decenas de ONG que desarrollan acciones de cooperación con las comunidades en los PIBM. Ella se ha convertido en la cooperación más importante en cuanto al aporte de fondos no reembolsables para salud en algunos países. Las medidas de austeridad del gobierno de España a raíz de la crisis y la drástica reducción de los fondos de cooperación en el año 2012 podría arriesgar su presencia internacional en las áreas en donde han logrado un reconocido liderazgo. España apoyó el proceso de paz en Centroamérica en los ochenta y noventa y salud siempre estuvo presente como parte de la cooperación para la paz;²² ha apoyado consistentemente las políticas de salud de los PIBM, el desarrollo de las capacidades de gobierno y del personal de salud (in situ y a través de becas de formación), el fortalecimiento de los sistemas administrativos, de información en salud, entre muchos otros. También, ha apoyado el desarrollo de iniciativas transnacionales coordinadas desde organismos regionales²³ y ha tenido una presencia importante (técnica y financiera) en los organismos multilaterales de salud.²⁴

Regresando a los modelos de cooperación, es claro que ninguno de los dos (asistencia vs cooperación) logró eliminar al otro. Al contrario, ellos coexistieron tanto en las agencias bilaterales y multilaterales, así como entre las ONG y la filantropía. Y, en referencia a los problemas identificados largo tiempo atrás en las operaciones de las organizaciones multilaterales de salud, hay que decir que ellos fueron a veces superados, a veces parcialmente atendidos por algunas agencias y otras veces se mantuvieron o aún se profundizaron en las décadas siguientes. Algunos de esos problemas fueron usados como (para nosotros, inadmisibles) excusas para debilitar al sistema multilateral, de la misma manera que las debilidades de los estados nacionales de los países en desarrollo fueron usadas para imponer ajustes estructurales en los ochenta y otras políticas neoliberales relacionadas en los noventa, y así como la crisis financiera global fue utilizada recientemente como la excusa para atacar los sistemas de protección social universal de los países europeos.

3.-El Contundente Retorno de la Concepción Vertical

La gobernanza global y las visiones sobre cooperación internacional para el desarrollo, incluyendo el área de salud, cambiaron a gran velocidad hacia fines de los noventa, en lo que se ha llamado la emergencia de la autoridad privada en la gobernanza global.²⁵ Creciente proliferación de actores, fragmentación, verticalización programática y la autoridad y prestigio otorgados a la intervención privada directa en las acciones internacionales para el desarrollo afectaron profundamente el campo de la cooperación internacional. Es importante notar que estos cambios han transformado la forma en que son vistos los conflictos de interés entre lo público y lo privado, y cómo se define el interés público. Agencias de Naciones Unidas, gobiernos, el sector privado con fines de lucro, el sector filantrópico de origen corporativo, asociaciones y cámaras de industria y comercio y ONG globales para el desarrollo provenientes de los países donantes, entre otros actores, todos son vistos ahora como “socios” en pie de igualdad para compartir la gobernanza global.²⁶

Estos cambios también afectaron de muchas formas a las agencias internacionales de salud y las debilitaron. Hoy, la OMS y otras agencias están crecientemente desfinanciadas y cada vez más se están convirtiendo en agencias anfitrionas para el cumplimiento de proyectos definidos por fuera

del sistema multilateral. Esto ha reducido la capacidad de las agencias para definir una agenda liderada por los países miembros. Las agencias multilaterales en salud están siendo desplazadas y ha aumentado su dependencia de fondos extrapresupuestarios y de proyectos destinados por los donantes para fines preestablecidos, mientras que las agencias bilaterales de los países donantes han aumentado su presencia directa en el área de salud de los países receptores de cooperación. Mientras tanto, las instituciones financieras multilaterales (en especial el Banco Mundial) han incrementado su poder, tanto en el financiamiento internacional en salud como en la formulación de políticas internacionales que han tenido un impacto rotundo en las políticas de salud de los países receptores de financiamiento reembolsable o parcialmente reembolsable (como son los préstamos concesionales).²⁷ El sector privado filantrópico ha aumentado dramáticamente su participación en los países en desarrollo, ya sea de forma directa como a través de las agencias multilaterales, las universidades o las ONG globales. Ya que el aporte de los fondos que no provienen de cuotas anuales o compromisos expresamente establecidos son considerados fondos de aporte voluntario, la CIS es hoy un área con más recursos, pero más impredecible e inestable.

La nueva estructura de la CIS está caracterizada por una importancia creciente de salud en las agendas políticas internacionales que está acompañada por un rápido incremento del apoyo financiero para salud,²⁸ pero también está caracterizada por una creciente proliferación de actores transnacionales a escala mundial. Actores privados provenientes mayormente (pero no exclusivamente) de países desarrollados influyen ahora la definición de políticas públicas en los países en desarrollo. Nuevos modos de asociación se han convertido en la nueva doctrina para costear y canalizar los fondos para CIS, resultando en nuevas iniciativas de salud global, particularmente asociaciones público-privadas que necesitan resultados rápidos.²⁹ Este tipo de modalidades de cooperación no tienen la capacidad ni la voluntad política para prestar suficiente atención a la construcción de capacidades nacionales y al fortalecimiento de los sistemas de salud de los países receptores, tienden a crear estructuras verticales y prefieren enfocarse en una enfermedad, en un grupo de enfermedades o en un tema específico. En un estudio realizado en 2007 entre 112 iniciativas de salud global (ese número ha crecido mucho desde entonces), se encontró que un número abrumador se enfocaba a enfermedades infecciosas, concentrándose ya sea en investigación y desarrollo de productos (especialmente medicamentos y vacunas) o en facilitar el acceso a dichos productos. En el otro extremo, se encontraron sólo dos iniciativas cuyo propósito

principal era el de contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud.³⁰ Los países en desarrollo están sub-representados en los consejos directivos de estos nuevos mecanismos de ayuda. Las oficinas centrales de estas iniciativas están situadas generalmente en los países desarrollados, desde donde se establecen las prioridades y la asignación de recursos para los países receptores.³¹

Pero lo más importante de destacar es que la percepción común de que los donantes privados están sosteniendo a la CIS es una idea errónea. Los donantes privados están teniendo una creciente importancia relativa en el financiamiento de la ayuda, pero son los contribuyentes de los países desarrollados quienes, a través de sus impuestos, proveen la enorme mayoría de los fondos. La visibilidad e influencia política que tienen los actores privados excede largamente sus contribuciones monetarias.

Y en cuanto a los negativos resultados no buscados que algunas de estas iniciativas han tenido, debe señalarse que este es sólo parte del problema, ya que el problema más importante es el progresivo debilitamiento (tanto en disponibilidad de fondos como en liderazgo) del sistema multilateral como una arena de definición consensuada de políticas internacionales y coordinación mundial en salud.³²

4.-Avances en el Discurso de ese Mundo tan Difícil de Arreglar de la Ayuda al Desarrollo

En los últimos años se han tomado pasos firmes para afrontar el tema de la eficacia de la ayuda internacional. Diversas respuestas por parte de donantes y receptores de ayuda han tratado de lidiar con algunos de los problemas anteriormente mencionados y con la potencial influencia negativa de estos problemas sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha señalado que, a pesar de sus importantes logros, la cooperación internacional para el desarrollo enfrenta serios desafíos, como por ejemplo la falta de coordinación, metas demasiado ambiciosas, establecimiento de tiempos irreales, constricciones presupuestarias y predominio de los intereses políticos de los países e instituciones donantes.³³ El masivo reconocimiento de estos y otros problemas resultó en un nuevo conjunto de principios para mejorar la eficacia de la ayuda al

desarrollo. Desde su formulación, esos principios han cosechado la adhesión de más de 100 países y cuatro foros internacionales de gran convocatoria han tomado lugar: El Foro de Alto Nivel para la Eficacia de la Ayuda realizado en Roma (2003),³⁴ en París (2005),³⁵ Accra (2008)³⁶ y Busan (2011).³⁷ Una encuesta realizada en 78 países en el año 2011 mostró que se ha progresado, pero que tanto los donantes como los PIBM no cumplieron sus metas.³⁸ En cuanto al campo de salud, es evidente que estos foros impactaron el discurso de la CIS pero, salvo excepciones, los cambios efectivos han sido escasos. Además de los foros mencionados, que abordaban los temas de la ayuda al desarrollo en general, algunas nuevas iniciativas apuntaron exclusivamente a la CIS.³⁹

Mientras tanto, un creciente cuerpo de evidencia identifica los principales problemas no resueltos en cuanto a la eficacia de la ayuda. Ya hace 10 años, Birdsall los llamó los “siete pecados capitales en las fallas de los donantes”: 1) impaciencia en la construcción de capacidades institucionales, 2) arrogancia (fracaso para salir), 3) ignorancia (fracaso para evaluar), 4) desidia (pretender que “participación” es suficiente para lograr “apropiación”), 5) envidia (fracaso para consensuar y coordinar), 6) avaricia (desconfiables y mezquinas transferencias), 7) imprudencia (financiación insuficiente de bienes públicos regionales). Una década después, a pesar de las declaraciones internacionales, el panorama muestra que (con algunas importantes excepciones) los problemas se han profundizado gracias al retorno vigorizado del enfoque vertical.⁴⁰

Severino y Ray en el año 2010 identificaron, entre otras, cuatro cuestiones para explicar la ineficacia de la ayuda: 1) el síndrome del actor marginal (producto de la explosión de actores involucrados en la cooperación internacional que hace a los donantes sentirse cada vez menos responsables por el éxito o fracaso de sus proyectos); 2) síndrome divergente de la rendición de cuentas (ya que hay al menos tres sistemas de rendición de cuentas que coexisten en las políticas de cooperación internacional: los donantes deben rendir cuentas a los gobiernos de los países receptores, a la población beneficiaria de los países receptores y a los contribuyentes y los representantes gubernamentales del propio país que hizo posible reunir los fondos con los que cuenta la agencia donante); 3) el síndrome del déficit de evaluación (algunos actores son más importantes y más efectivos que otros, pero no hay forma de establecer quién es mejor que quién haciendo qué); 4) la paradoja de la construcción de capacidades (a mayor debilidad de las capacidades de los receptores, mayor tendencia a que los donantes estén masivamente presentes y

diseñen mecanismos de coordinación que a su vez requieren mayores capacidades de gestión por parte del países receptor).⁴¹

Los problemas identificados por Birdsall y por Severino y Ray aplican al campo de la CIS, pero salud tiene determinantes específicos que la convierten en un campo difícil de abordar.

5.-Algunas de las Especificidades de Salud en la Cooperación Internacional

Salud podría muy bien ser el componente más complicado de la cooperación para el desarrollo. En primer lugar, debe tenerse en cuenta que, como lo deja claro Menéndez, el proceso salud/enfermedad/ atención constituye un universal que opera en forma estructural en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran, por lo que antes de ser objeto de trabajo de las organizaciones médicas, es una parte sustantiva de las formas y modo de vida de los conjuntos sociales. Así, la enfermedad, los padecimientos, constituyen algunos de los hechos más inevitables que afectan la vida cotidiana. La respuesta social a los padecimientos también es un hecho cotidiano. Tanto los padecimientos como las respuestas sociales a ellos constituyen procesos estructurales en todo sistema y en todo conjunto social. Enfermar, morir, atender la enfermedad, son hechos sociales mediante los cuales los conjuntos sociales construyen saberes, técnicas e ideologías. Por eso, el proceso salud/enfermedad/ atención es una de las áreas de la vida colectiva en la que se estructuran mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas, las que se han desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, los sistemas de atención y los sistemas ideológicos. Dentro de este cuadro, la atención profesionalizada que se ofrece en los servicios de salud es una de las respuestas sociales a los padecimientos y, a pesar de que es hegemónica, no ha anulado las ideologías, técnicas y saberes de los conjuntos sociales que surgieran antes o después de la institución del modelo profesionalizado o como producto de la relación con este modelo.^{42 43 44} Es el caso que el modelo biomédico, profesionalizado y occidental del que surgen los principales supuestos de las acciones de CIS no es el único existente, aunque sea el hegemónico, ni en los países desarrollados, ni mucho menos en los países en desarrollo receptores de la ayuda internacional, ya que son los modelos alternativos -además del prestigio social que tienen y de su eficacia-, los únicos con los que cuenta la población que no tiene acceso al primero.⁴⁵

En segundo lugar, salud es la mayor o una de las mayores industrias. El gasto anual en salud a escala mundial representaba ya en el año 2006 a alrededor del 10% del PIB mundial;⁴⁶ la industria médica es una de las inversiones más rentables y uno de los más importantes empleadores. Los intereses del complejo médico-industrial (relativos a productos, servicios y seguros) afectan la base de los sistemas nacionales de salud en muchos países desarrollados y en desarrollo. Una gran porción de la población que solamente unos años atrás era considerada saludable ha sido abruptamente rotulada con nuevas “enfermedades” o declarada objeto de intervenciones médicas al cambiar la valoración de los principales indicadores de enfermedad. Los productos farmacéuticos en la mayor parte de los países son propagandizados de forma directa a la población y proliferan los medicamentos y procedimientos para mejorar la apariencia o fortalecer dimensiones que hasta hace poco no eran consideradas parte del campo médico. No es exactamente la idea de un enfoque de salud colectiva/medicina social el expandir este modelo ni en los países desarrollados ni en el mundo en desarrollo.

En tercer lugar, en un mundo caracterizado por abrumadoras inequidades (y las inequidades en salud están entre las más evidentes), hay miles de millones de personas que no tienen acceso a la atención médica, a las medicinas o a intervenciones básicas de salud pública. El discurso de CIS intenta dar cuenta de esta situación, pero hay por lo menos tres tensiones que hacen esto difícil: 1) La fuerza de “la marca ideológica de Occidente” que impone prioridades, mecanismos y herramientas a los países receptores de ayuda (con pocas excepciones, la CIS es todavía un campo manejado por los donantes); 2) la colisión entre el modelo de sistemas de salud públicos y universales versus diferentes modelos basados en sistemas de salud segmentados/fragmentados e inequitativos; 3) el enfoque de CIS basado en la tecno-ciencia versus el enfoque de derecho a la salud y la justicia social para todos (incluyendo países y personas).

En cuarto lugar, como en otras áreas, en salud hay también dilemas relativos a los valores. Un ejemplo en salud pública y particularmente en los derechos reproductivos de las mujeres es la penalización del aborto terapéutico (que es el aborto inducido cuando la vida de la madre corre peligro). Cuando un país receptor de ayuda ha cambiado su constitución para prohibir explícitamente todas clases de aborto y la evidencia sobre las enfermedades y muertes maternas está disponible: es apropiado pasar por alto esto? Hasta dónde abordar este tema en el país receptor y

con quiénes? En cada país que penaliza el aborto terapéutico hay un movimiento de mujeres que se opone a dicha legislación y lucha por cambiarla. Cómo las organizaciones de cooperación deben responder a este dilema de apoyar las políticas nacionales de salud mientras las organizaciones locales de mujeres están en muchos casos siendo perseguidas por demandar un cambio en la legislación? Dónde están los límites? Qué estrategias deberían ser desarrolladas con la sociedad civil y qué actores de la misma deben participar? Y cómo se relaciona cualquiera de los caminos que se elijan con la llamada progresista para no condicionar la ayuda internacional?

Por lo tanto, el debate comienza mucho antes que se discuta una política de CIS. Comienza por interrogarse acerca de las bases del o de los modelos de salud que se quiere contribuir a desarrollar, con el análisis acerca de qué sistema de salud y qué sistema de protección social es alcanzable por un país, cómo afrontar los determinantes sociales de salud y cómo ejercer un enfoque de derechos. Comienza con identificar cuáles actores (dentro y fuera de los gobiernos) han definido ya un horizonte para edificar un sistema nacional de salud público y universal con garantía de extensiva solidaridad, integralidad, calidad, así como de construcción y gestión democráticas.

6.-Los Desafíos de los Propios Países en Desarrollo con Respecto a sus Capacidades de Gobierno (en Salud)

La capacidad de gobierno de los ministerios de salud es esencial para generar y ejecutar una agenda de cambios.⁴⁷ Dicho de otra manera y casi haciendo una definición operacional, la capacidad de gobierno es la acumulación institucional y personal de competencias, habilidades, visión, voluntad política y compromiso para construir viabilidad e implementar la política nacional de salud. Es claro, sin embargo, que los ministerios de salud poseen un poder muy restringido para decidir por sí mismos sobre la estructura, los modelos de atención o la distribución de poder dentro del sistema nacional de salud que se supone ellos deben liderar ejerciendo, al menos, la rectoría sobre todos los componentes del sistema, sean públicos, privados, combinados o derivados de uno de ellos.

Sin contar el problema de la falta crónica de los recursos públicos necesarios para salud, muchos PIBM tienen que afrontar serios problemas relativos a la gobernanza. La capacidad de

rectoría de los ministerios de salud para liderar los sistemas nacionales de salud suele ser débil, en especial con relación al sector privado. En sistemas de salud muy segmentados también hay grandes retos para regular y monitorear la seguridad social (la que podría estar compuesta por una gran cantidad de entidades independientes) y el sector privado sin fines de lucro (que podría cubrir a una importante porción de la población en todos los niveles de atención). Retos relativos a la gobernanza pueden también evidenciarse dentro del propio gobierno. Aún en gobiernos progresistas que reconocen la importancia de avanzar hacia sistemas nacionales de salud públicos y universales, no es inusual para los ministerios de salud tener que defender el caso de salud con el gabinete económico y, muchas veces, con la oficina del presidente. La idea de tener un sistema de salud universal y equitativo no es algo que muchos se atreverían a contradecir hoy, pero avanzar una agenda basada en el derecho a la salud implica la toma de muchas decisiones que afectan intereses particulares e implica asimismo tomar varias decisiones dentro del gabinete presidencial para reasignar recursos (lo que involucra también una redistribución del poder). Todos estos retos son raramente anticipados durante la formulación de las propuestas de gobierno de los candidatos y durante las campañas políticas previas. Proclamar el derecho a la salud y estar en una posición de ofrecer un sistema de salud acorde con ese derecho son cuestiones diferentes. De alguna forma, los ministros de salud pagan el precio de esta brecha, aún cuando usualmente ellos no participan en decidir cuán importante será el compromiso de un gobierno para transformar el sistema de salud. En la mayor parte de los casos todo lo que ellos consiguen es el poder de decisión –con muy insuficientes recursos- acerca de cómo mejorar los servicios de salud para los pobres. Pero, como Richard Titmuss dijo en su famosa frase, “los servicios para los pobres siempre serán pobres servicios”.

Asimismo, los ministros de salud tienen generalmente limitado poder de decisión con respecto a la CIS. En la mayoría de los casos, los fondos otorgados por los bancos multilaterales en calidad de préstamos no se determinan en el ámbito del ministerio, bajo el principio (correcto) de que el modelo de desarrollo nacional debe ser definido a nivel presidencial y el gabinete económico tiene el mandato de considerar tanto las posibilidades para pagar los créditos, como las condiciones en que se establecen las obligaciones crediticias y las implicaciones del endeudamiento. A menudo, sin embargo, el problema es que se espera que los ministros de salud cumplan la agenda presidencial en salud con recursos sumamente insuficientes y limitado poder para hacer los cambios

requeridos. A veces, los ministerios de salud ven que los fondos no reembolsables provenientes de la cooperación internacional previamente negociados por salud son desviados de su propósito original debido a presiones extra-sectoriales. También, hay demasiados actores implicados en la gobernanza de la CIS a nivel nacional y varias entidades gubernamentales participan en su negociación y monitoreo, como son los ministerios de relaciones exteriores, los ministerios de economía y de hacienda, las secretarías de planificación y muchas veces también la oficina presidencial. Y no es infrecuente que algunas de estas entidades se conviertan en competidores con los ministerios de salud para la obtención de los recursos internacionales, mientras al mismo tiempo tienen la función de negociar y supervisar la canalización de los recursos de la cooperación internacional que van para salud.

Los fondos de la CIS son cada vez más imprevisibles, deben ejecutarse en períodos cortos y al cabo de largos períodos de negociación (los proyectos plurianuales son más la excepción que la norma, por lo menos entre los fondos no reembolsables). Por lo tanto, el temor de perder los recursos de la cooperación está siempre presente e incrementa la dependencia del país receptor. En este marco, no llama la atención la generalmente aceptada actitud de nunca-decir-no cuando se trata de aceptar fondos provenientes de la CIS. Y, si la autoridad nacional de salud rechaza una oferta específica de CIS, no es inusual que algunos donantes llamen a la puerta de otros funcionarios del gobierno para anular la decisión hecha en el área de salud.

7.-Lidiando con la CIS en el Ámbito Nacional

Al lidiar con los procesos implicados en la negociación y canalización de la CIS, es común ver que los equipos nacionales encuentren que son sujetos de persistentes estereotipos y sobresimplificaciones por parte de las agencias donantes. Entre dichos estereotipos, hay dos que sobresalen del resto. Primero, el enfoque de que hay “un talle único” (o talla única), es decir, que los PIBM son entidades homogéneas que requieren intervenciones similares. La realidad es que los PIBM comparten elementos estructurales, como es el ingreso comparativamente bajo con respecto a los países de altos ingresos y, en la mayor parte pero no en todos, una tendencia a una mayor inequidad en la distribución de la riqueza, un porcentaje mayor de la población en condiciones de pobreza y extrema pobreza, sistemas de protección social inequitativos o inexistentes, entre otros.

Pero estas características no los convierten en homogéneos en cuanto a sus necesidades de CIS. Los países de ingresos bajos y la mayoría de los países de ingresos medio-bajo comparten la carga de la pobreza y, por lo tanto, la necesidad por recursos para afrontar sus problemas de salud y el desarrollo de sus capacidades institucionales, pero los países no son iguales entre sí ni tampoco son iguales a sí mismos si se consideran diferentes períodos de su historia reciente. Lo mismo aplica para los países de ingreso medio y para los donantes, que tampoco son homogéneos con respecto a las prioridades políticas e intereses económicos que pueden determinar la CIS.

Segundo, hay un problema con el lenguaje utilizado –y sus supuestos implícitos- en la CIS y en otras áreas de la cooperación internacional para el desarrollo: el concepto de “asistencia técnica” ha sido retomado con fuerza. Mientras la Declaración de París y otros foros avanzaron en la incorporación de conceptos como “países socios”, estos conviven con otros conceptos que contradicen los avances. Un ejemplo es el concepto de “países graduados” en donde, aunque la noción de graduación fue concebida como una forma de medir el desarrollo económico de los países menos desarrollados, ahora es utilizado por los países donantes y las instituciones de cooperación para evaluar cómo los países receptores de ayuda van avanzando en algunos indicadores de salud, con el fin de decidir cuál es el momento de retirar o renovar esa ayuda. En los países receptores de CIS el tema de la graduación es visto como una penalización de los logros en salud, mientras la mayor parte de los donantes ven a este tema como un mecanismo decente para la rendición de cuentas hacia los contribuyentes de los países donantes, quienes quieren comprobar que su dinero es usado en donde más se necesita, entre otras razones que son de orden geopolítico. De todas maneras, el concepto muestra que aquellos que establecen los exámenes para la graduación, los evaluadores y tomadores de decisión con respecto a la asignación de los recursos de la ayuda internacional provienen de los países desarrollados y que la CIS todavía está basada en sus visiones, requisitos y estándares.

Los ministerios de salud de los países receptores deben lidiar con una plétora de iniciativas descoordinadas y con actores con diferentes (y a veces contradictorias) agendas, los que presionan para cumplir los plazos establecidos: agencias bilaterales, organizaciones multilaterales de cooperación técnica (varias agencias de Naciones Unidas, cada una con sus propias metas y proyectos con el ministerio de salud),⁴⁸ bancos multilaterales y regionales, universidades e

instituciones de investigación de los países donantes, misiones y brigadas médicas de toda clase, misiones diplomáticas, fondos globales e iniciativas de salud global, ONG internacionales, cooperación descentralizada de los países donantes (municipalidades, regiones y comunidades), filantropía corporativa, compañías farmacéuticas y tecnológicas que realizan donaciones, entre muchas otras instituciones. Y aún así, en muchos casos, los proyectos financiados por la CIS en los países receptores no están ni siquiera en el radar de las autoridades sanitarias nacionales, y es común que una parte importante de la CIS no pueda siquiera contabilizarse; en muchos casos los ministerios de salud no están informados acerca de los proyectos desarrollados en las comunidades, en el ámbito municipal, por medio de las ONG locales o internacionales, las iglesias, entre muchos otros.

Hay también aspectos regulatorios. Uno de ellos es el limbo regulatorio con respecto a las donaciones de productos (medicinas, insumos en equipo médico) y las misiones médicas. A veces los países receptores producen regulaciones, pero no tienen la capacidad o el apoyo político necesario para hacerlas cumplir. En algunos contextos, la capacidad de obtener y canalizar donaciones es fuente de prestigio, reconocimiento e incrementa cuotas de poder de los funcionarios de gobierno de los países receptores de ayuda. La consecuencia no deseada de esto es que muchas veces los ministros de salud están presionados para aceptar toda clase de donaciones, incluyendo productos no aprobados en el país, equipos obsoletos difíciles de desechar, medicamentos vencidos o no aprobados en el país y servicios médicos de todo tipo por el sólo hecho de que ellos son ofrecidos sin costo.

Otro tema es el clientelismo que las agencias internacionales establecen a veces con los puntos focales de los ministerios u otras entidades públicas y que resulta en asociaciones de trabajo que, entre otras cosas, son inmunes a los cambios fijados en las políticas nacionales de salud que buscan transformar los sistemas de salud. Algunos donantes y funcionarios nacionales ven estas asociaciones como una garantía para la continuación de los proyectos en el nivel ministerial pero – además del componente ético relativo al favoritismo y a los privilegios informales que se desprenden del clientelismo- este sistema reduce la posibilidad de orientar la CIS hacia las nuevas metas que la política nacional de salud podría plantear.

Las agencias internacionales necesitan ejecutar sus presupuestos de CIS. El nivel de ejecución de los fondos es uno de los componentes más utilizados para la evaluación de desempeño que las agencias hacen de su propio personal. Es así que, cuando el fin del año presupuestario se acerca, es común observar un aumento vertiginoso de las actividades de capacitación, reuniones técnicas y otras actividades similares. Los costos de oportunidad son raramente estimados y tanto los ministerios como las agencias donantes se resisten en general a medir el impacto positivo o negativo de estas actividades en el desempeño de los servicios públicos de salud y en las competencias de la fuerza de trabajo en salud: ¿cuántas consultas, cirugías, intervenciones de salud pública fueron pospuestas o canceladas a causa de dichas actividades? ¿cómo esas actividades no planificadas con la suficiente anticipación impactan de una u otra forma el acceso a los servicios por parte de la población? ¿cómo mejoran las capacidades de atención y gestión del personal y cómo se expresan en el desempeño de su diaria tarea?

Otros problemas están más relacionados con aspectos de gestión administrativa y con los procedimientos. Entre ellos está la persistente contradicción entre la creación de unidades ejecutoras y la utilización de las capacidades institucionales existentes en las instituciones. Después de los noventa, cuando los bancos multilaterales crearon unidades ejecutoras que a menudo se convirtieron en virtuales ministerios de salud paralelos (con la consiguiente debilitación de los ministerios), muchos llamaron a un cambio. Aunque aún muchos donantes y también países receptores todavía tratan de crear o mantener unidades ejecutoras separadas de los ministerios, la Declaración de París manifiesta que los donantes deben respetar los procedimientos y mecanismos nacionales que ya existen en los países receptores, ya que esta es una forma tanto de reconocer las capacidades nacionales como es una oportunidad para orientar recursos al fortalecimiento de las instituciones nacionales. El problema es que, al hacer esto, los donantes a veces idealizan las capacidades de las instituciones nacionales para procesar (en períodos muy cortos) las adquisiciones y los servicios, lo que multiplica la carga de trabajo de las oficinas nacionales de gestión. Sólo una parte minoritaria de las agencias donantes planifican la asignación de recursos suficientes para fortalecer las oficinas nacionales y todavía menos agencias definen los tiempos para ese fortalecimiento de manera realista.

Otros obstáculos están relacionados con los instrumentos de cooperación. Cada agencia ha desarrollado sus propios marcos de planificación, monitoreo y evaluación que necesitan para la rendición de cuentas. El problema en los ministerios de los países receptores es que los equipos nacionales deben gestionar decenas (si no centenas) de diferentes instrumentos de cooperación que no son útiles para monitorear las metas de la política de salud del propio país y, para colmo, la mayor parte de estos instrumentos priorizan aspectos de ejecución financiera y no están enfocados a identificar los logros/problemas en salud. Los instrumentos para evaluar resultados en función de la política nacional de salud son escasos y los indicadores generalmente apuntan a mediar resultados de una forma unicausal y simplista. Y aunque los nuevos instrumentos utilizan los términos de planificación estratégica, planificación situacional y otros, es importante destacar que la mayoría de ellos son tan rígidos y normativos como los instrumentos del pasado. A veces, pareciera que no se quiere realmente conocer a fondo qué está pasando por miedo a obtener resultados que desilusionen; esto tiene que ver con que las evaluaciones, cuando se realizan e identifican los problemas a fondo, tienen el efecto (inadecuado) de desacreditar tanto al equipo de la agencia donante como a los equipos nacionales responsables de los proyectos, en vez de cumplir un rol de identificación de problemas y ayudar a definir la ruta crítica para resolverlos.

Finalmente, otro problema importante es la tensión entre largas negociaciones y la urgencia que los países receptores tienen para cumplir las metas de sus políticas nacionales de salud en los términos gubernamentales establecidos. Negociar algunos proyectos puede tomar dos o más años. Cuando llegan los recursos, los procesos de licitación y los tiempos de entrega de los productos y servicios adquiridos agregan aún más tiempo. Esto, sumado a los problemas de discontinuidad de las políticas de salud y equipos técnicos, la alta rotación de líderes y los cambios constantes en las políticas, ponen en riesgo los potenciales resultados de la CIS.

8.-Los Países Receptores Pueden Definir sus Propias Políticas de CIS

En un contexto general de escasez de financiamiento, los ministros de salud que tratan de realizar los cambios necesarios hacia la cobertura universal y la equidad en salud, batallan para garantizar incontables aspectos relativos a los recursos y a la gobernanza del sistema, y para ganar apoyo político para la política de salud. Los ministros deben apoyar el desarrollo de la capacidad

de gobierno y liderazgo institucional para conducir sistemas de salud que en la mayor parte de los países son segmentados y fragmentados. Ellos son también responsables por las intervenciones de salud pública y, generalmente, su mandato incluye la conducción de una red de servicios de salud pertenecientes a los propios ministerios. Los ministros reconocen en general que los trabajadores de salud son la base de los sistemas de salud, que su escasez es una de las limitaciones más importantes para el éxito de cualquier política de transformación sectorial y que una fuerza de trabajo motivada y con las competencias adecuadas en sus saberes específicos es crucial para que los cambios funcionen.⁴⁹ También, muchos ministros saben que pueden incrementar sus posibilidades de obtener mayores logros si diseñan un política de CIS capaz de movilizar la mayor cantidad de recursos técnicos y financieros, así como de encontrar socios para apoyar las prioridades de salud de sus países.

Una política de CIS en el nivel nacional en un país receptor debe ser parte de la política nacional de salud y del plan estratégico del ministerio de salud, el que debe estar alineado, al mismo tiempo, con el plan nacional de desarrollo para un período gubernamental determinado. Una política de CIS es sólo una parte de los intereses internacionales en salud que tiene un país, que incluyen una amplia gama de asuntos que son vitales para ganar soberanía sanitaria. Entre esos asuntos están: la diplomacia en salud como un componente de la política internacional del país, la participación del sector salud en las negociaciones de los acuerdos de comercio y de inversión (en especial, de aquellos acuerdos que tienen el potencial de impactar las regulaciones nacionales de salud), la proposición de políticas y acciones a través del sistema multilateral, el seguimiento de los mandatos internacionales suscritos por el país, el apoyo para el desarrollo (dentro y fuera de la institución) de un cuerpo de investigaciones acerca de las consecuencias de las políticas internacionales sobre la salud de la población nacional y su sistema de salud, entre muchos otros relacionados con la incorporación de saberes, tecnologías y productos.

Una política de CIS debería contemplar aspectos relativos a la gobernanza, como son: 1) mecanismos consensuados para la rendición de cuentas tanto de los beneficiarios (incluyendo el ministerio de salud) como de los donantes; 2) todos los actores involucrados en la formulación de políticas, movilización y gestión de los recursos internacionales deberían tener una visión coherente y una comprensión común de las prioridades y metas de la política de salud, así como de las

estrategias, prioridades y de las agendas políticas de las agencias internacionales y otros donantes; 3) los ministerios de salud deberían tener la oportunidad de ejercer la rectoría de la CIS, coordinando activamente su negociación y gestión con los otros actores gubernamentales involucrados, como son las cancillerías, las secretarías de planificación, el gabinete económico y otros; 4) deberían establecerse acuerdos firmes para evitar la competencia por los recursos internacionales entre los diferentes sectores del mismo gobierno o de los diferentes niveles de un mismo sector (local, regional, central); 5) desarrollo de un cuerpo de evidencia que documente qué tan altos son los costos de oportunidad que el país debe pagar por la CIS (y que incluya los procesos de negociación, ejecución, monitoreo y evaluación de la ayuda) y considerar la posibilidad de rechazar algunas de las ofertas de cooperación centradas en los intereses de la oferta si los potenciales costos de oportunidad son más altos que la ayuda en sí misma o si la ayuda está condicionada a objetivos cuestionables o la soberanía sanitaria ha sido amenazada; 6) los PIBM también tienen qué ofrecer y la mayoría de los países han desarrollado competencias en una variedad de temas en salud que pueden ser aprovechadas por otros países; una política de CIS debería identificar las áreas en las que el país tiene especiales fortalezas para aportar a otros países bajo la forma de cooperación sur-sur, cooperación trilateral o triangular, cooperación regional y – por qué no- cooperación sur-norte.

Una política de CIS debería también identificar estrategias específicas para la movilización y gestión de los recursos. Entre ellas están: 1) definición de una estrategia para la movilización de recursos internacionales alineados con la política nacional de salud; 2) mapeo en detalle de las oportunidades de cooperación internacional técnica y financiera, analizando los antecedentes y resultados de la CIS en el país; 3) valoración de las brechas entre las metas establecidas por el plan estratégico del ministerio y los recursos disponible en el ámbito nacional, para orientar la CIS en reducir esas brechas; 4) establecer una estrategia de movilización de recursos que incluya a las organizaciones de la sociedad civil y las iniciativas intersectoriales; 5) definición de un cuerpo de mecanismos flexibles para el monitoreo y evaluación de la CIS que esté alineado con los indicadores definidos por la política de salud y, cuando sea posible, que utilice los sistemas nacionales de información (ofrecimientos de fondos y cooperación técnica para mejorar los sistemas de información en salud siempre serán bienvenidos en la mayoría de los países); 6) también, hay que considerar los aspectos reglamentarios, como son las regulaciones de donaciones

(medicinas, insumos y equipo médico) y de las misiones médicas (tanto las que proveen servicios de salud directos a la población o se producen en asociación con entidades gubernamentales y no gubernamentales o a través de los servicios del ministerio de salud).

La definición e implementación de políticas de CIS basadas en la justicia social e internacional siempre requerirá de iniciativas de incidencia política por parte del público de los países donantes y receptores para lograr relaciones norte-sur y también sur-sur menos asimétricas, más democráticas e igualitarias, en las que todos los actores rindan cuentas y que llame por un cambio de políticas basadas en los intereses nacionales o particulares hacia políticas de cooperación basadas en el principio de solidaridad entre los pueblos.

Agradecimiento: Agradezco mucho a Anne-Emanuelle Birn y a Celia Iriart por sus oportunas sugerencias en el contenido y conceptualización de este trabajo.

¹ IHME: *Financing Global Health 2013: Transition in the Age of Austerity*. Universidad de Washington, Seattle, 2014
http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2014/FGH2013/IHME_FGH2013_Full_Report.pdf

² Buss PM, Ferreira JR: Critical essay on international cooperation in health. *RECIIS –Eletr Rev of Com Inf Innov Health* 2010, 4(1): p 87.

³ Ferreira, JR: Estrategias internacionales en educación médica: asistencia técnica y cooperación técnica. *Educación Médica y Salud* 1976; 10 (4): 335-344.

⁴ Este número da cuenta de la ayuda al desarrollo para salud desembolsada en el año 2013 y que ha sido costeadada por los tesoros nacionales de los países donantes, pago de préstamos a las instituciones financieras internacionales, filantropía privada y donaciones corporativas, que han sido canalizados a través de las agencias bilaterales para el desarrollo, la Comisión Europea, las agencias de Naciones Unidas, el Banco Mundial y otros bancos regionales, los fondos globales, fundaciones y ONG internacionales. IHME: *Financing Global Health 2013: Transition in the Age of Austerity*. Universidad de Washington, Seattle, 2014

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2014/FGH2013/IHME_FGH2013_Full_Report.pdf

⁵ IHME: *Financing Global Health 2012: The End of the Gold Age?*, Seattle, Washington, 2013.
<http://www.healthdata.org/policy-report/financing-global-health-2012-end-golden-age>

⁶ Birn A-E, Pillay Y and Holtz T.: *Textbook of International Health: Global Health in a Dynamic World*. Oxford University Press, 2009, p 17-53.

⁷ Foster, G.: Bureaucratic Aspects of International Health Agencies. *Soc. Sci. Med.* 1987; 25 (9):1039-1048.

⁸ Dr. Halfdan Mahler sirvió tres términos como director general de la OMS (1973-1988) y bajo su liderazgo se lanzó la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 y la estrategia de Atención Primaria de Salud.

⁹ Mahler, H.: Shift for Technical Cooperation, Boletín de la OMS, Junio 1976.

¹⁰ UNITAR: The Search for New Methods of Technical Cooperation, Conference. Report No. 4, New York, 1974.

¹¹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Plan de Acción de Buenos Aires para Promover y Realizar la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo. Buenos Aires, 1978.

¹² Rodríguez, MI: El Papel de las Representaciones en las Acciones y Programas de CTPD en Salud. OPS/OMS, Washington, 1984.

¹³ Freire, P.: *Cartas a Guiné-Bissau. Registros de uma Experiencia em Processo*. Ed Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1978, p. 8.

- ¹⁴ Feinsilver, J.: “Fifty Years of Cuban Medical Diplomacy: from Idealism to Pragmatism”, in Krull et al (editors). *Cuban Studies 41*, University of Pittsburgh Press, 2010, pp. 85-104.
- ¹⁵ Global Health Strategies Initiative: *Shifting Paradigm: How the BRICS are reshaping Global Health and Development*, 2012.
- F. de Abreu, ‘O Brasil e a Cooperação Sul-Sul’, presentation by the Head of the Brazilian Cooperation Agency at BRICS Policy Centre Seminar, Rio de Janeiro, 2 July 2013 <http://bricspolicycenter.org/homolog/arquivos/e.pdf>
- ¹⁶ Russo et al.: Brazil-Africa technical cooperation in health: what’s its relevance to the post-Busan debate on ‘aid effectiveness’?. *Globalization and Health 2013 9*:2. <http://www.globalizationandhealth.com/content/9/1/2>
- ¹⁷ Cabral F, Russo G and Weinstock J, ‘Brazil and the Shifting Consensus on Development Co-operation: Salutory Diversions from the ‘Aid-effectiveness’ Trail’, *Development Policy Review*, 32(2): 180-202, 2014.
- ¹⁸ Almeida C, Buss P, Ferreira J et al: Brazil’s conception of South-South “structural cooperation” in health RECIIS – R. *Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro*, v.4, n.1, p.23-32, Mar., 2010
- ¹⁹ Buss PM, Ferreira JR: Critical essay on international cooperation in health. RECIIS –*Eletr Rev of Com Inf Innov Health 2010*, 4(1): p 87.op.cit.
- ²⁰ Bliss K, Buss P y Rosenberg F: *New Approaches to Global Health Cooperation. Perspectives from Brazil*. CSIS and Fiocruz, Washington DC, 2012.
- ²¹ AECID: Estrategia de salud de la cooperación española, Madrid 2007. http://www.cooperacionspanola.es/sites/default/files/salud_2.pdf
- ²² Yarza B: *La estrategia de salud de la cooperación española en Centroamérica, desde 1987 a la actualidad*. Encuentro de Salud Global en América Latina, Santa Cruz de la Sierra, 3-5 de diciembre 2013. Ponencia.
- ²³ Ib.
- ²⁴ Entre un gran número de contribuciones a estos organismos, se destaca la cooperación que lleva más de 20 años de la Escuela Andaluza de Salud Pública con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), costeadada por la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo mediante acuerdo con la Consejería de Salud de Andalucía. Oleaga Usategui, JI: *Aportes a la definición del plan estratégico para la Escuela de Gobierno*. Ponencia presentada en el Grupo de Consulta convocado por la Ministra de Salud de El Salvador, 22-25 de Noviembre de 2011.
- ²⁵ Hall, R. and Biersteker, T.: *The Emergence of Private Authority in Global Governance*. Cambridge Studies in International Relations. London: Cambridge University Press, 2002.
- ²⁶ Véase la producción de STAKES. Entre ella destaca: Ollila, E.: Restructuring global health policy making: The role of global public-private partnerships. In Koivusalo, M. & Mackintosh, M. (Eds.), *Commercialisation of health care: global and local dynamics and policy responses*. Basingstoke: Palgrave, 2004.
- Ollila, Eeva: Health-Related Public-Private Partnerships and the United Nations. In *Global Social Governance. Themes and Prospects*. Edited by: Bob Deacon, Eeva Ollila, Meri Koivusalo and Paul Stubbs Ministry of Foreign Affairs of Finlandia, 2004.
- Ollila, Eeva: Global health Priorities: Priorities of the Wealthy?. GASPP, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Helsinki, Finlandia. 2005.
- Martens, J.: Multistakeholder Partnerships-Future Models of Multilateralism?. *Dialogue on Globalization, Occasional Papers N29*. Friedrich Ebert Stiftung, Berlin, 2007.
- ²⁷ Global Health Watch: An Alternative World Health Report. Zed Books, Londres, 2011. p229-249.
- ²⁸ La ayuda para el desarrollo en salud tuvo un crecimiento moderado entre 1990 y 2001 (fue de 5.700 millones de dólares en 1990 a 10.800 millones de dólares en 2001). En 2001 la ayuda comenzó a crecer rápidamente, excediendo el 11.2% de crecimiento anual promedio entre 2001 y 2010 y casi se triplicó entre 2001 y 2010, ascendiendo a 28.200 millones de dólares en 2010). Debido a la crisis financiera global, la ayuda se estancó y en el 2012 se desembolsaron 28.100 millones de dólares, que representó una caída de 53 millones desde el 2010. Sin embargo, para el año 2013, el estimado es de 31.300 millones dólares, un aumento del 3.9% entre 2012 y 2013.
- IHME: *Financing Global Health 2012: The End of the Gold Age?*, Universidad de Washington, Seattle, 2013 y *IHME: Financing Global Health 2013: Transition in the Age of Austerity*. Universidad de Washington, Seattle, 2014.
- ²⁹ Bull and McNeill analizaron la emergencia de las iniciativas de salud global y las razones de su concentración en el desarrollo de productos y el acceso. Entre ellas están: 1) los cambios tecnológicos producidos a causa de la revolución biotecnológica , 2) la reestructuración de la industria farmacéutica en un puñado de compañías altamente concentradas en donde, por ejemplo, para el año 2005, cuatro compañías proveían más del 75% de las vacunas y 3) los cambios en la gobernanza en salud global que incluyen cambios en el liderazgo de la OMS y las Naciones Unidas (con creciente escasez de recursos financieros y un cambio ideológico en la visión acerca de quiénes son los socios para la búsqueda

de la Salud Para Todos) y una creciente importancia de las fundaciones privadas tanto en fondos como en abogacía para determinados temas de salud y tecnologías. Estos factores resultaron en el desarrollo de nuevos mecanismos que fueron vistos como más convenientes para los actores involucrados Bull, B. and McNeill, D. *Development Issues in Global Governance. Public-Private Partnerships and Market Multilateralism*. Routledge, Londres, 2007.

³⁰ Nervi, L: *Mapping a Sample of GHI*, Estudio comisionado por OPS/OMS, WDC, 2007. http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/17407/mod_page/content/2/Mod4

³¹ Ib.

³² Brito P: La cooperación internacional en salud: Tendencias y dilemas en la era de la salud global. *Revista Cubana de Salud Pública* 40(1), 2014 http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol40_1_14/spu11114.htm

³³ OECD: The High Level Forum on Aid Effectiveness: A History, http://www.oecd.org/document/63/0,3746,en_2649_3236398_46310975_1_1_1_1.00.html

³⁴ Roma marcó el momento en el que, por primera vez, se proclamaron los principios de la eficacia de la ayuda en una declaración, la Declaración de París. Se identificaron acciones prioritarias: la ayuda debería otorgarse basada en las prioridades y los tiempos de los países receptores, los esfuerzos de los donantes deberían concentrarse en delegar la cooperación y aumentar la flexibilidad en función de los programas y proyectos en los países y buenas prácticas deberían ser estimuladas y monitoreadas.³⁴

³⁵ La Declaración de París define cinco principios para la eficacia de la ayuda y establece una hoja de ruta para mejorar su calidad. Los principios son: apropiación (los países en desarrollo establecen sus propias estrategias para la reducción de la pobreza, mejorar sus instituciones y luchar contra la corrupción), alineamiento (los países donantes se alienan tras dichos objetivos y utilizan los sistemas locales), armonización (los países donantes coordinan, simplifican procedimientos y comparten información para evitar duplicación de acciones); resultados (los países en desarrollo y los donantes cambian el foco hacia los resultados del desarrollo y los resultados son medidos); y mutua rendición de cuentas (los donantes y los socios son responsables de rendir cuentas sobre dichos resultados).

³⁶ En Accra, representantes de la sociedad civil sumaron sus voces. El Foro fue orientado a fortalecer y profundizar la implementación de la Declaración de París. La Agenda para la Acción de Accra (AAA) proporciona una hoja de ruta para alcanzar las metas de la Declaración de París y le da importancia al desarrollo de capacidades.

³⁷ En Busan participaron donantes no-tradicionales, en especial los proveedores más reconocidos de la cooperación sur-sur. China, India y Brasil participaron como donantes para apoyar el establecimiento de principios comunes con los donantes tradicionales. Busan llamó a realizar cambios en la gobernanza del sistema de CIS. Se recuperan los principios de París y se va más allá en los temas del liderazgo que deben tener los países receptores en la definición de sus propias prioridades de desarrollo, mantener el enfoque en el impacto duradero del financiamiento y los esfuerzos por reducir la pobreza, y la inequidad, propugnando por el desarrollo sostenible y el desarrollo de las capacidades nacionales; establecimiento de socios que tengan apertura, confianza y respeto mutuo, reconociendo la complementación de todos los actores; transparencia y rendición de cuentas (asegurar que esto aplica no solamente en el socio, sino también en relación a los beneficiarios del proceso de desarrollo, como son los ciudadanos y todas las partes interesadas, tanto de los países donantes como de los países receptores de ayuda. Busan también estableció un número de acciones complementarias para dejar de condicionar la ayuda, lograr la predictibilidad de la cooperación para el desarrollo y utilizar los sistemas de los países.

³⁸ OECD: Aid Effectiveness 2005-10: Progress in Implementing the Paris Declaration, 2011 <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/2011surveyonmonitoringtheparisdeclaration.htm>

³⁹ Estas iniciativas abordan de forma explícita o no los desafíos de la CIS. Entre esas iniciativas, se destacan la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario que fue lanzada en el año 2006 como una plataforma común para actuar sobre la crisis de los recursos humanos en salud. La Declaración Ministerial de Oslo de 2007 abordó el tema de salud global como un asunto prioritario de política exterior (participaron los ministros de Relaciones Exteriores de Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica y Tailandia). En 2010, la Comisión Europea llamó a reforzar las acciones en salud y a establecer una gobernanza global en salud más democrática y coordinada. El Asocio Internacional por la Salud (IHP+) creado en 2007 explícitamente aborda el tema de la eficacia de la ayuda; IHP+ incluye organizaciones internacionales, agencias bilaterales y gobiernos de países que firmaron un acuerdo para trabajar en poner en práctica en el sector salud los principios internacionalmente consensuados sobre la eficacia de la ayuda. El impacto de los esfuerzos puestos en el IHP+ todavía no son fácilmente apreciables en los países receptores.

⁴⁰ Birdsall N.: *Seven Deadly Sins: Reflections on Donor Failings. Working Paper 50*. Center for Global Development, Washington DC, 2004.

⁴¹ Severino J-M and Ray O: “The End of ODA II: The Birth of Hypercollective Action”, *Working Paper Number 218*, Center for Global Development, WDC, 2010.

⁴² Menéndez E. *Sistemas Locales de Salud. Aproximación teórico-metodológica.*, Informe presentado en la Reunión de Evaluación del Proceso de Implantación de los Sistemas Locales de Salud, San Pablo, 1990.

⁴³ Menéndez E: Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. *Cuaderno de la Casa Chata No. 86*, Mexico, 1983.

⁴⁴ Menéndez E: El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones. Estudios de historia y sociedad* 69. El Colegio de Michoacán, México, 1998.

⁴⁵ Menéndez E: Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saude Coletiva* 8(1): 185-207, 2003.

⁴⁶ Lister, John: *Globalization and Health Systems Change. Globalization and Health Knowledge Network* (Research Papers), WHO Commission on Social Determinants of Health. Universidad de Ottawa, 2008.

⁴⁷ Testa M. Decidir en Salud, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*. 2007;3(3):247-257.

⁴⁸ Cada agencia de Naciones Unidas lidia de manera independiente con sus contrapartes nacionales, la ejecución de proyectos y asignación de recursos. A pesar de que el Sistema de Naciones Unidas trata de armonizar objetivos y acciones a través del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), sus planes anuales, negociaciones y ejecución de los recursos se mantienen independientes entre una y otra agencia.

⁴⁹ Crisp N.: *Global health partnerships: the UK contribution to health in developing countries*. DFID, Londres, 2007.