



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE POSGRADO EN  
CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL  
EN SALUD**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN ESTUDIOS EN RELACIONES  
INTERNACIONALES**

**PRESENTA: DIANA SALCEDO NOVELLA PARDO SILVA**

**TUTOR: DR. CARLOS BALLESTEROS PÉREZ  
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES, UNAM**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO, D. F., 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A Jerónimo*

## Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a todas aquellas personas e instituciones que de una u otra manera contribuyeron a la culminación de este trabajo.

Sobre todo agradezco a Dios por rodearme de tantas personas maravillosas y permitirme tener una existencia plena y feliz. A mi familia, especialmente a mi hijo Jerónimo por ser la luz de mi vida y llenar mi existencia de sentido y ternura. A César, mi compañero y cómplice, por enseñarme con su ejemplo y perseverancia a ser una mejor persona cada día. Agradezco también a mi madre por su amor incondicional, su paciencia e invaluable apoyo. A mi padre por su soporte, su comprensión y su afecto. A mi abuelita Josefina por sus cuidados y enseñanzas. A toda la familia Hernández Morales por abrirme las puertas de su hogar y por brindarme su apoyo y cariño sincero. A la familia Albornoz Arboleda por apoyarme y estar cerca cuando más lo necesite. De igual forma agradezco a Rocío y a Cutberto por permanecer a nuestro lado en los momentos más importantes.

También quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) y a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) por el soporte recibido para la realización de esta investigación, dirigida por el Dr. Carlos Ballesteros, a quien agradezco su orientación, supervisión y colaboración crítica. A la Dra. Graciela Arroyo por el apoyo solidario que me brindó de manera permanente y sus atinadas observaciones y sugerencias. Al Dr. Alfonso Sánchez por su motivación y colaboración a lo largo de mis estudios de Maestría y por su atenta lectura a este trabajo. Al Dr. Carlos Uscanga por sus valiosos aportes y consejos, así como al Dr. Víctor Batta por su amable disposición para revisar el borrador final.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>V</b>
<b>CAPÍTULO 1: ENFOQUES TEÓRICOS DE LA GOBERNANZA GLOBAL .....</b>	<b>1</b>
• ORÍGENES DEL CONCEPTO: UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA A LA GOBERNANZA GLOBAL.....	3
• ENFOQUES TEÓRICOS DE LA GOBERNANZA GLOBAL .....	9
<i>Perspectivas descriptivas: la desagregación de la autoridad en un mundo globalizado .....</i>	<i>14</i>
<i>Perspectivas normativas: la forma par excellence de gestionar los asuntos públicos mundiales .....</i>	<i>18</i>
<i>La gobernanza global `realmente existente´: perspectivas críticas .....</i>	<i>25</i>
<i>Perspectivas sobre los Sistemas de Gobernanza Global .....</i>	<i>30</i>
La interacción de los actores de los Sistemas de Gobernanza Global .....	35
<b>CAPÍTULO 2: LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....</b>	<b>46</b>
• PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD.....	47
<i>Perspectivas reformistas: la reestructuración de la arquitectura institucional .....</i>	<i>49</i>
<i>Perspectivas críticas: el aporte de la Economía Política Internacional .....</i>	<i>58</i>
• RECAPITULACIÓN SOBRE LOS ENFOQUES TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	64
• HISTORIA DE LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....	66
<i>Antecedentes .....</i>	<i>66</i>
<i>El impulso de la Atención Primaria a la Salud Selectiva.....</i>	<i>75</i>
<i>La privatización de un bien público.....</i>	<i>79</i>
<i>El declive de la Organización Mundial de la Salud y el ascenso del Banco Mundial .....</i>	<i>81</i>
<i>La proliferación de actores y mecanismos en el escenario de la Gobernanza Global en Salud .....</i>	<i>86</i>
<i>El aumento en los niveles de financiamiento para la Gobernanza Global en Salud .....</i>	<i>89</i>
<b>CAPÍTULO 3: ACTORES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....</b>	<b>93</b>
• ACTORES ESTATALES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD.....	94
<i>Organización Mundial de la Salud .....</i>	<i>94</i>
Historia de la OMS.....	96
El problema del financiamiento: ¿de dónde vienen y hacia dónde van los fondos?.....	104
<i>El Banco Mundial .....</i>	<i>110</i>
Trayectoria histórica.....	113
Influencia del Banco Mundial en el sector salud .....	114
<i>Estados.....</i>	<i>122</i>
El protagonismo de los Estados Unidos.....	128
• ACTORES NO-ESTATALES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD.....	136
<i>Fundaciones Filantrópicas Internacionales .....</i>	<i>138</i>
Fundación Gates.....	146
<i>Organizaciones no-gubernamentales .....</i>	<i>155</i>

<b>CAPÍTULO 4. LAS INTERRELACIONES ENTRE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....</b>	<b>165</b>
• LOS MECANISMOS DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....	165
<i>Mecanismos informales de gobernanza global en salud .....</i>	<i>168</i>
El Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria .....	173
<i>Mecanismos formales de gobernanza global en salud .....</i>	<i>183</i>
Reglamento Sanitario Internacional .....	184
• FINANCIAMIENTO DE LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....	191
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>209</b>
<b>ANEXO: MECANISMOS DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD .....</b>	<b>222</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>239</b>

## INTRODUCCIÓN

Históricamente la salud pública y las Relaciones Internacionales se han desarrollado como campos académicos y políticos independientes. No obstante, como dos ciudades vecinas en crecimiento continuo, en la actualidad estos ámbitos del conocimiento y del ejercicio político se han encontrado hasta traslaparse. La pandemia de VIH-SIDA, las enfermedades emergentes y reemergentes, la creciente importancia de los determinantes sociales de la salud, el riesgo latente de la expansión transnacional de enfermedades y la rápida escalada global de las enfermedades no transmisibles –por mencionar sólo los ejemplos más representativos– han convertido a la salud en un tema prioritario dentro de la agenda internacional. Asuntos sanitarios que hace tan sólo treinta años se encontraban totalmente circunscritos a las instituciones estatales, hoy se abordan a través de diversos procesos de gobernanza que se despliegan en los ámbitos regional y global. Al igual que el cambio climático, la producción de alimentos, la generación de energía y el desarrollo tecnológico –entre muchos otros–, las problemáticas de salud pública han rebasado los límites de las fronteras nacionales para cobrar una relevancia sin precedentes en el ámbito transnacional y convertirse en el foco de atención de numerosos actores internacionales.

Este fenómeno de transnacionalización de la salud está íntimamente ligado a las transformaciones del sistema global de los últimos cuarenta años. Desde la crisis crónica de sobreacumulación originada a principios de los años setenta (Harvey, 2004), el sistema capitalista ha mutado hacia una nueva fase de acumulación organizada globalmente. Esta nueva fase, conocida a menudo como neoliberalismo, además de caracterizarse por una compleja organización tecno-científica de la producción y el consumo, comprende también una inmensa mercantilización de la naturaleza y un aumento sin precedentes en

la interdependencia global. Así, la reestructuración neoliberal ha desbordado el ámbito económico, modificando tanto a las instituciones políticas como a la organización de las sociedades contemporáneas y al entorno ambiental en donde éstas se desarrollan. En síntesis, este proceso de globalización neoliberal puede definirse como una fase marcada por la descentralización de los procesos económicos, la reestructuración de las tareas de los aparatos estatales, el incremento en la interdependencia entre las sociedades y la proliferación de los riesgos globales a nivel ambiental y social. Estas variables han ido conformado un perfil inédito de organización de los procesos sociales, al grado en que hoy resulta imposible analizar los procesos locales o regionales sin enmarcarlos en el contexto global y en las formas de organización económica, política y social que de ella se desprenden.

Por ello, resulta indispensable reconocer las problemáticas sociales que se desarrollan en diversos contextos -locales, regionales y globales- como parte de una profunda reestructuración originada en el corazón de la lógica económica que ha regido al mundo moderno desde más de cinco siglos. En este tejido histórico nace y se consolida el sistema capitalista que hasta hace poco más de cuarenta años creció de manera prácticamente ilimitada, sin embargo una vez que sus contradicciones agotaron a su propio orden de reproducción, el sistema tuvo que mutar hacia formas mucho más agresivas, complejas y depredadoras para continuar su proceso de acumulación. Así, la globalización neoliberal ha generado -como fase de profundización y expansión del sistema capitalista- no sólo la parálisis de los frágiles y reducidos mecanismos de redistribución de la riqueza, si no también ha producido efectos ambientales y sociales que han impactado significativamente al campo de la salud.

Aunque este proceso comenzó desde principios de los años setenta, no fue sino hasta una década después cuando las políticas estatales comenzaron a tomar un perfil marcadamente diferente al esquema anterior en el cual las instituciones estatales eran parte fundamental en las tareas administrativas de sectores estratégicos y en ciertos aspectos de las tareas redistributivas. En adelante, el rol estatal se dirigiría principalmente



a garantizar la liberalización de prácticamente todos los sectores, con lo cual el capital contaría con nuevos e importantes espacios para su reproducción. En paralelo, numerosos actores no-estatales emergieron con fuerza en el escenario internacional cobrando un papel primordial en las reestructuraciones sociopolíticas y económicas que se comenzaron a desplegar a nivel global. La articulación de ambos factores –las reestructuraciones estatales y el surgimiento de nuevos actores sociopolíticos– propiciaron un nuevo orden de gestión política y económica de los asuntos públicos globales, proceso que produjo aquello que hoy se denomina como gobernanza global.

Lo anterior tuvo importantes impactos para prácticamente todos los ámbitos sociales, entre los que se encuentra el de la salud. No es de sorprender que las problemáticas sanitarias más apremiantes de la actualidad, se relacionen directamente con una variedad de fenómenos propulsados por la globalización neoliberal. Como se mostrará en adelante, estos procesos no solamente afectan las formas políticas y económicas en que se abordan los asuntos sanitarios, sino que tienen un impacto importante sobre los patrones epidemiológicos mundiales. Desde los elevados riesgos de propagación de enfermedades infecciosas hasta la asombrosa desigualdad en la cobertura de servicios de salud en los países en desarrollo –o el alarmante incremento global en enfermedades como la diabetes y la cardiopatía isquémica– todos son fenómenos que se vinculan con cambios más amplios acontecidos en el contexto global contemporáneo.

A consecuencia de estas transformaciones, la salud poblacional ha dejado de ser un asunto básicamente médico para convertirse en un asunto político y económico, relacionado con el desarrollo, los derechos humanos, el comercio internacional, los cambios tecnológicos, la migración, la seguridad estatal y los problemas ambientales, entre muchos otros. Al mismo tiempo, la salud ha dejado de ser un tema concerniente únicamente a las instituciones nacionales para transformarse en un tema prioritario de numerosos agentes de carácter estatal y no-estatal actuantes en el nivel local, regional y global. Asimismo, las prácticas de regulación e implementación de estrategias que inciden en el sector salud han salido de los confines estatales para reproducirse en el ámbito

transnacional a través de un sin número de mecanismos de gobernanza que buscan cumplir con una gran variedad de objetivos, incluyendo el combate a enfermedades, la vigilancia epidemiológica, la regulación comercial, el desarrollo de medicamentos y vacunas, sólo por mencionar los más importantes.

El panorama actual ha modificado substancialmente la manera en que se gestiona e interviene en las problemáticas de salud y en los riesgos sanitarios. Debido a ello, lo que ahora se conoce como el antiguo `régimen internacional en salud` –centrado en el ámbito estatal en el que participaban un número reducido de organizaciones internacionales– ha evolucionado, durante las últimas tres décadas, hacia un complejo Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS). Este Sistema, compuesto por un conjunto de actores y mecanismos de gobernanza formales e informales que buscan influir en la salud poblacional y en los riesgos globales que constituyen amenazas a la salud pública –incluyendo todas aquellas iniciativas, medios y esquemas organizativos, dirigidos a abordar los problemas de salud que se despliegan en el ámbito transnacional (Dodgson *et al.*, 2002)– es justamente el objeto de estudio de esta investigación.

Considerar al SGGS como objeto de estudio es importante porque hasta ahora la mayor parte de los análisis realizados en torno al campo de la salud, se han enfocado en describir los principales atributos de la Gobernanza Global en Salud (GGS) y en analizar la adecuación de los mecanismos diseñados para enfrentar los retos que plantean las problemáticas de salud a nivel global aunque sin considerarlos como parte de un sistema. No obstante, a pesar de la gran diversidad de aportes, entre los planteamientos más destacados es posible identificar coincidencias importantes en relación con las características de la GGS. Entre otros, la mayoría concuerda en que durante los últimos quince años se ha llevado a cabo una `revolución` en materia de GGS, la cual ha comprendido un incremento exponencial en el número de instituciones involucradas en las problemáticas sanitarias, la creación de un amplio rango de mecanismos de gobernanza en torno a la salud, el crecimiento acelerado del financiamiento hacia el

sector y la creciente influencia de activistas, políticos y filántropos interesados en el área (Fidler, 2010).

Esta `revolución´ del campo de la GGS ha dejado como resultado un SGGs contradictorio y disfuncional, compuesto por numerosos actores con características disímiles así como por una enorme cantidad de mecanismos de gobernanza que compiten entre sí y se superponen. En el Sistema actual, los actores son tanto de carácter estatal como no-estatal, mismos que pueden tener un espectro de actuación internacional, regional, nacional o local, además la participación de cada uno de ellos es marcadamente desigual en términos de recursos económicos y capacidad de influencia política. Los mecanismos de gobernanza, por su parte, pueden constituirse de manera formal o informal, dependiendo de si emanan de un acuerdo formal entre los Estados o si son el resultado de iniciativas no formales entre actores estatales y no-estatales, mientras sus objetivos varían sustancialmente y pueden abarcar una gran diversidad de áreas relacionadas con el sector salud.

Al respecto, esta investigación parte de la hipótesis de que el SGGs no ha sido capaz de ofrecer soluciones sostenibles y coherentes a las problemáticas sanitarias más urgentes a nivel global, ya que a pesar de que se han alcanzado algunos resultados en términos epidemiológicos –sobre todo para ciertas regiones y áreas de salud– el SGGs se encuentra definido por una arquitectura de gobernanza fragmentada, cortoplacista e ineficiente. Ello se debe, principalmente, a que se ha desarrollado sobre una base constituida *ad hoc* por los poderes políticos y económicos de los actores dominantes, es decir, las prioridades y los objetivos que se persiguen a través de los múltiples mecanismos de gobernanza establecidos sólo reflejan los intereses de un grupo reducido de actores que controlan los flujos de recursos económicos al interior del Sistema.

Partiendo de que el interés principal de los actores dominantes es controlar el campo de la GGS, ofreciendo soluciones parciales a las problemáticas sanitarias globales identificadas como prioritarias según sus propios criterios, es posible revelar empíricamente la forma en que sus estrategias se centran en crear instrumentos de

gobernanza enfocados sobre un número reducido de intervenciones sanitarias en torno a enfermedades de 'alto perfil' –principalmente de carácter transmisible– privilegiando las soluciones de tipo técnico, dirigidas a grupos poblacionales específicos, sin considerar adecuadamente los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ni la necesidad de fortalecer los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) como una solución efectiva de largo plazo. Como podrá observarse a lo largo de la investigación, los principales programas puestos en marcha no toman en consideración las causas sociales que determinan el estado de salud de las poblaciones, por el contrario, acordes con la globalización neoliberal, establecen objetivos de rendimiento, efectividad y resultados inmediatos, privilegiando ciertas enfermedades y grupos poblacionales sobre otros y promoviendo soluciones que no pueden sostenerse en el mediano ni en el largo plazo.

A pesar de que en los últimos años diversos actores –tanto estatales como no-estatales– han realizado numerosos llamamientos para que se establezcan estrategias de gobernanza consensuadas y más efectivas, en términos generales es poco lo que se ha logrado avanzar en el diseño de mecanismos mejor diseñados para hacer frente a los crecientes retos sanitarios globales. Estas negociaciones, cuando llegan a concertarse, ocurren sólo una vez que los derroteros a seguir han sido establecidos previamente por los actores predominantes, quienes no están dispuestos a renunciar a su autonomía para definir prioridades, ni a cambiar el orden de sus agendas o a debatir sobre los objetivos que se persiguen a corto, mediano y largo plazo, mucho menos a que se cuestione la sostenibilidad de los programas que promueven e impulsan con grandes presupuestos.

Ante este panorama, es posible partir de que el funcionamiento del SGGs se encuentra determinado por una lógica utilitaria de gestión que poco contribuye a abordar las problemáticas de salud de manera integral y a largo plazo. Su dinámica se encuentra influenciada por lo que se podría denominar como 'el espíritu de la época', un tiempo-espacio signado por la maximización del capital económico y político, ciego a la complejidad en la que se desarrolla y a la imprevisibilidad de los riesgos y consecuencias que sus prácticas generan. Por ello, es necesario emprender un estudio amplio que abone

a la construcción del SGGs, con el objetivo de contar con mejores herramientas analíticas para enfrentar mejor los desafíos sanitarios contemporáneos.

Al respecto, aunque hasta ahora los distintos análisis académicos han acertado en describir, bajo diferentes perspectivas teóricas, un escenario de GGS altamente complejo, atravesado por múltiples problemáticas, la mayor parte de ellos carecen de un estudio sistemático de los actores y de las formas en que ellos se interrelacionan. Asimismo, poco se ha profundizado en torno a la trayectoria histórica de este campo. Desde una perspectiva sistémica de la gobernanza global, dichos elementos son fundamentales para brindar una explicación congruente acerca del funcionamiento actual del SGGs y de la lógica que lo determina. Desde la perspectiva teórica que guía este trabajo, no es posible esclarecer la dinámica de los sistemas de gobernanza global sin antes analizar, con detenimiento, los elementos que los componen, la manera en que ellos se interrelacionan y el recorrido histórico que han seguido en los últimos lustros. En suma, para comenzar a construir rigurosamente un diagnóstico fehaciente del SGGs, es ineludible concentrarse en el aspecto relacional de éste, examinándolo como una totalidad organizada compuesta por agentes que se interdefinen constantemente y evolucionan a través del tiempo.

En este sentido, para el desarrollo de esta investigación, es indispensable analizar los procesos en marcha al interior del campo de la GGS considerándolo como un sistema conformado por actores heterogéneos que se interrelacionan de manera continua a través de la creación de mecanismos de gobernanza que buscan incidir sobre áreas sanitarias específicas. Ello implica un arraigo ontológico que además de fertilizar la utilidad del concepto de gobernanza global como instrumento metodológico, permite explorar las particularidades de los procesos de gobernanza en salud desplegados a lo largo de las últimas tres décadas. A partir de dicho posicionamiento, es posible emprender la exploración de los vínculos entre fenómenos locales, nacionales, regionales y globales que hoy se encuentran en pleno desarrollo en el campo de la salud pública, lo que además posibilita el trazo de un mapa coherente de la dinámica de los actores y mecanismos que pueblan este espacio de gobernanza.

En consecuencia, el objetivo principal de esta investigación es perfilar un primer diseño del SGGs a través de un análisis detallado de su trayectoria histórica, de los principales actores que lo componen y de la forma en que éstos se interrelacionan mediante los distintos tipos de mecanismos de gobernanza que se han creado a través del tiempo, así como de las múltiples redes de financiamiento que los respaldan. Como objetivo secundario se pretende evidenciar la importancia que el área de la salud pública ha ganado para las Relaciones Internacionales en el contexto contemporáneo de globalización neoliberal, revelando las formas en que estas dos áreas del conocimiento se superponen a través del campo de la GGS. De manera heurística, la consecución de estos objetivos busca abrir puertas hacia la reflexión formal alrededor de las problemáticas de salud con incidencia global y propiciar el desarrollo de nuevos estudios en torno a la temática de la GGS en particular.

El trabajo está conformado por cuatro capítulos: el primero profundiza en los enfoques teóricos de la gobernanza global, a fin de construir un marco analítico sólido que proporcione los cimientos necesarios para articular la investigación en torno al SGGs. Para ello, se exploran con detenimiento las propuestas más relevantes y los trabajos más representativos desarrollados a lo largo de las últimas dos décadas, con el propósito de ofrecer un panorama completo del paisaje teórico que conforma dicha área del conocimiento. No obstante, antes de profundizar en los aspectos teóricos de la gobernanza global, se presenta un breve recorrido histórico que permite ubicar el concepto en una línea temporal coherente, con el propósito de esbozar el camino que ha cursado el término desde su origen hasta los desarrollos más recientes. Ello contribuirá a esclarecer los distintos rostros que presenta el concepto desde las muy variadas perspectivas teóricas, así como a resaltar la importancia de los análisis históricos para una mejor comprensión del desarrollo conceptual.

El segundo capítulo tiene como propósito realizar un primer acercamiento al campo de la GGS siguiendo dos líneas analíticas principales, las cuales al mismo tiempo corresponden a los apartados en los que se encuentra dividido el capítulo. Primeramente,

se examinarán las perspectivas teóricas más relevantes en el área de la GGS, haciendo especial hincapié en aquellas que –desde el punto de vista de esta investigación– proporcionan las herramientas analíticas más ricas y pertinentes. El objetivo es brindar un panorama general del campo y exponer los principales debates que se han desarrollado en la última década en torno al mismo. En el segundo apartado se examinará el campo de la GGS desde una perspectiva histórica, a fin de trazar un mapa temporal que permita apreciar la evolución del Sistema y los procesos de reestructuración a los que ha estado sujeto. Para ello, se tendrán en cuenta sus antecedentes dedicando especial atención al papel que han jugado los distintos actores y a los cambios que ha sufrido a lo largo de las tres últimas décadas.

El tercer capítulo comprende un análisis detallado de los principales actores que conforman el SGGs, por lo que constituye la piedra angular de esta investigación. Debido a que los actores son cuantiosos y de características muy variadas, es indispensable analizar a profundidad únicamente a los actores más representativos, considerando su importancia dentro del Sistema a partir de su nivel de cabildeo político, los recursos canalizados y su capacidad de influencia. En este apartado fue pertinente agrupar a los actores como estatales y no-estatales, ello con ánimo de brindar cierto grado de claridad analítica y resaltar la relevancia de cada rol. El primero grupo lo conforman los actores estatales, entre los que se encuentra la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial (BM) y los Estados nacionales. Dentro de los Estados nacionales se examina, de manera más detallada, el papel de Estados Unidos debido a que, como se verá a lo largo de la investigación, es uno de los actores más influyentes del SGGs. En el grupo de actores no-estatales, se incluyen a las fundaciones filantrópicas internacionales (FFIs) y a las organizaciones no-gubernamentales (ONGs). Dentro de las primeras se dedica una atención especial a la Fundación de Bill y Melinda Gates debido al papel protagónico que juega dentro del SGGs. En este punto, resulta oportuno resaltar que para reconstruir el SGGs de forma exhaustiva, sería conveniente profundizar en el análisis de un mayor número de actores; este requerimiento metodológico implica un esfuerzo considerable y mucho más extenso en el tiempo lo que rebasa, por mucho, a los objetivos del presente

trabajo, sin embargo, también es importante reconocer que esta primera investigación marca las líneas principales para la reconstrucción del Sistema.

El cuarto y último capítulo examina la forma en que se interrelacionan los actores a través de los mecanismo de gobernanza que han creado y las redes de financiamiento que los vinculan. Junto con los actores, los mecanismos de gobernanza conforman el tejido que constituye el SGGs por lo que su análisis debe considerarse como el núcleo de la investigación. Al respecto, los mecanismos de gobernanza se clasifican en formales e informales dependiendo de la naturaleza de su articulación, es decir de si se encuentran o no articulados a través de un acuerdo formal entre Estados nacionales. Al igual que los actores, existe una gran cantidad y variedad de mecanismos por lo que sería una tarea titánica analizarlos de forma individual. No obstante, es posible profundizar, por lo menos, en uno de cada tipo para contar con una idea más clara de la forma en que funcionan y la relevancia que poseen.

A lo largo del primer apartado del cuarto capítulo se analizan dos de los principales mecanismos del SGGs en la actualidad. Primero se examina un mecanismo informal, el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), para posteriormente analizar un mecanismo formal, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Adicionalmente, en el Anexo 1 se presenta una matriz en la que se ofrece una descripción general de algunos de los mecanismos más importantes del SGGs contemporáneo. En el segundo apartado del capítulo, se examina el panorama del financiamiento internacional dirigido hacia al campo de la salud. Para ello, se describen las redes de financiamiento que se despliegan al interior del Sistema, centrándose en la dinámica de los recursos dirigidos a la Asistencia al Desarrollo en Salud (ADS). Este último intenta brindar una imagen más completa sobre el papel que juegan los distintos actores en términos de su capacidad de influencia a través de los recursos económicos que inyectan en el SGGs, y resaltar algunos de los principales problemas que lo caracterizan en relación a los flujos de financiamiento.

Finalmente, a manera de conclusión, se brinda un diagnóstico inicial del SGGs con la finalidad de esclarecer la dinámica de su funcionamiento actual. De manera particular, se



presta atención a las funciones que juegan los distintos actores, al impacto que han tenido los mecanismos que lo componen y a las características de los procesos de financiamiento que lo definen. Además, se pretende proporcionar un panorama general del Sistema como entidad conjunta y describir sus atributos esenciales para, a través de ese horizonte, resaltar el alto grado de conflictividad que lo determina y arrojar luz sobre las principales problemáticas que lo atraviesan de manera transversal. A fin de multiplicar este esfuerzo, la investigación ofrece un conjunto de herramientas analíticas sólidas para examinar esta área de la gobernanza global, al tiempo que esboza una serie de propuestas o derroteros que buscan promover futuras investigaciones en torno a aspectos más puntales del campo de la GGS.

## CAPITULO 1: ENFOQUES TEÓRICOS DE LA GOBERNANZA GLOBAL

*‘Anticipar el futuro de la gobernanza global en décadas posteriores, requiere examinar tensiones latentes, contradicciones profundas e innumerables paradojas. Es buscar el orden en el desorden, la coherencia en la contradicción y continuidad en el cambio. Es enfrentarse a procesos que enmascaran tanto el crecimiento como la decadencia. Es identificar autoridades escondidas, fronteras borrosas y sistemas de reglamentación emergentes’*

*James Rosenau*

A pesar de la apariencia difusa que representa el campo de la gobernanza global –tanto a nivel teórico como empírico– es actualmente un área de investigación en rápido crecimiento. Esto se debe, entre otros aspectos, al potencial explicativo que ofrece para examinar nuevas formas de organización y analizar diversos procesos de índole transnacional así como sus respectivos vínculos con los niveles regionales, nacionales y locales (Späth, 2003). Esta situación ha sido de gran relevancia para la disciplina de las Relaciones Internacionales, debido a que ha facilitado el abordaje sistemático de una serie de fenómenos que resultarían un tanto ininteligibles y difíciles de explicar a cabalidad utilizando herramientas conceptuales tradicionales (Overbeek, 2010). La gobernanza global, como instrumento analítico, es un campo interpretativo heterogéneo y novedoso que se nutre de una gran diversidad de perspectivas para ofrecer un sugestivo potencial para el estudio de fenómenos que se desenvuelven en el ámbito global. Como enfoque teórico, aporta herramientas conceptuales y metodológicas que facilitan la vinculación entre procesos globales, regionales, nacionales y locales, proporcionando así un ángulo de visión conveniente para articular los múltiples niveles de la realidad social (Lederer y Muller, 2003).

A pesar del uso cada vez más generalizado del concepto de gobernanza global, el carácter poroso del término, frecuentemente propicia que se le asocie con posturas pragmáticas carentes de una sólida capacidad analítica. Sin embargo, como se verá en los

siguientes apartados, es precisamente este carácter abierto y diverso el que ha dado lugar al surgimiento de una multiplicidad de valiosas perspectivas que se circunscriben bajo su ámbito de investigación. Esta diversidad se funda tanto a nivel epistemológico como ontológico, expresándose en su manera de aprehender y explicar la naturaleza de diversos procesos del orden mundial contemporáneo –sociales, económicos, políticos, ambientales y culturales– así como en sus concepciones de fenómenos similares. Sólo después de una prudente y extensa reflexión crítica en torno a sus diversos usos y significados, el concepto de gobernanza global puede aprovecharse como herramienta analítica para desentrañar el funcionamiento de un sistema global cada vez más desagregado, complejo y conflictivo.

Antes de iniciar la exploración del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS), es necesario exponer con mayor detenimiento los diferentes enfoques teóricos, matices conceptuales y debates ideológicos suscitados en torno al campo de la gobernanza global. El propósito inicial en este primer capítulo es examinar ésta área de estudio con detalle, a fin de construir un marco teórico sólido que permita articular la investigación empírica sobre el área específica de la GGS. Para tal efecto, el primer apartado ahondará en el desarrollo del concepto de 'gobernanza global' desde una perspectiva histórica, con el propósito de contextualizar el camino que ha seguido esta categoría desde su origen. Ello permitirá esclarecer los diferentes contornos que presenta el concepto desde perspectivas teóricas heterogéneas, así como resaltar la importancia de los análisis con perspectiva para la comprensión del desarrollo conceptual. En suma, el propósito del primer apartado es realizar un breve recuento histórico que permita ubicar el concepto de gobernanza global en un mapa temporal, deteniéndonos, de manera particular, en el análisis de sus antecedentes y en los primeros años de su desarrollo.

Por su parte, el segundo apartado, profundiza en el análisis de la gobernanza global desde diversos enfoques teóricos, a efecto de facilitar dicho examen, las diferentes aproximaciones se agruparán en tres perspectivas generales: descriptivas, normativas y críticas. Para finalizar, el tercer apartado profundizará en una serie de aproximaciones

desarrolladas en la última década, especialmente importantes y altamente prometedoras para la investigación empírica del SGGs. Estos enfoques, además de ahondar en puntos ciegos del desarrollo teórico precedente, han logrado captar la complejidad y la dinámica no-lineal de los procesos de gobernanza contemporáneos, por lo cual, constituyen un nodo clave de articulación para la presente investigación.

### **Orígenes del concepto: una aproximación histórica a la gobernanza global**

‘The idea of global governance has attained near-celebrity status. In little more than a decade the concept has gone from the ranks of the unknown to one of the central orienting themes in the practice and study of international affairs of the post-Cold War period’

‘La idea de gobernanza global ha alcanzado estatus de gran fama. En poco más de una década el concepto ha pasado del ámbito de lo desconocido a ser uno de los temas centrales que orientan la práctica y el estudio de los asuntos internacionales en el período de la post-Guerra fría.’

(Barnett y Duvall, 2005: 1)

Desde su aparición, el concepto de gobernanza global ha sido objeto de múltiples interpretaciones, lo que ha hecho imposible acuñar una definición unívoca del término. En la actualidad, podemos afirmar, que se trata de un concepto polisémico que hace referencia a procesos heterogéneos, siendo utilizado a través de múltiples dimensiones analíticas. Según Overbeek (2010), si bien en un inicio el término formaba parte de una propuesta de reestructuración del orden económico global –en el marco de los planteamientos del Club de Roma– hoy en día su uso más extendido tiene un carácter marcadamente reformista, el cual busca ajustar los intereses de la globalización neoliberal con una serie de reformas regulatorias y administrativas necesarias para mantener al sistema capitalista en movimiento. A pesar de la veracidad del señalamiento de Overbeek, debemos reconocer que en el transcurso de la última década han surgido perspectivas alternativas que buscan sustraer el término de su carácter reformista y acrítico, estimulando su uso como herramienta analítica.

También es cierto que, como sucede con muchos otros conceptos útiles en las ciencias sociales, las corrientes del *mainstream* institucional y académico se han esforzado por eliminar del concepto sus atributos críticos para volverlo neutral y vacío. En este sentido, resulta necesario renovar su significado a través de propuestas teóricas y metodológicas que fertilicen su capacidad explicativa. Para ello es conveniente, como primer paso, esclarecer la evolución histórica del concepto.

Dentro de la disciplina de las Relaciones Internacionales, podríamos señalar como antecedente significativo de la literatura en gobernanza global a las perspectivas institucionalistas, especialmente a la teoría de los Regímenes Internacionales. Dichos enfoques, los cuales emergen durante las décadas de los setenta y ochenta gracias a contribuciones de diversos autores (Keohan, 1977; Ruggie 1975; Krasner 1983), buscan examinar asuntos relacionados con la cooperación internacional así como los diferentes sistemas de reglas y normas –formales e informales– dirigidas a prescribir el comportamiento y restringir la actividad de los actores en el escenario internacional (Keohane, 1990). De esta manera, estos enfoques contribuyen a desvelar los complejos procesos de cooperación que emergen en el sistema internacional en las últimas décadas del siglo xx. Ello posibilitó, en su momento, ampliar el abanico de preguntas de investigación y proyectar perspectivas metodologías alternativas, sentando una base importante para desarrollos teóricos posteriores en gobernanza global (Vivó, 2009).

Frecuentemente, el surgimiento del término de gobernanza global se asocia con los planteamientos del Club de Roma de principios de los años setenta. Según Overbeek (2010), fue a partir de este círculo de académicos y activistas que por primera vez se impone la necesidad de trascender las fronteras estatales, en el entendido de que era ineludible prestar atención a un conjunto de problemáticas globales, importantes para la humanidad en su conjunto. La publicación del Informe del Club de Roma sobre 'Los límites del crecimiento' (Meadows, 1972) puso de manifiesto las limitantes y dificultades de los esfuerzos estatales para hacer frente a problemáticas de envergadura global, planteando la necesidad de construir sistemas de gobernabilidad global democráticos (Overbeek,

2010: 2). No obstante, la noción de gobernanza global utilizada por el Club de Roma durante este período fue marginada en diversos círculos académicos –como muchas otras ideas que emergieron en el marco de las tareas de este colectivo de pensamiento– sobre todo debido a las enérgicas críticas a la naturaleza depredadora del sistema económico capitalista (*ídem*).

Fue hasta 1992, en el marco de la creación de la Commission of Global Governance<sup>1</sup>, que el concepto empezó a resonar con más ímpetu en el ámbito institucional y académico. Aunque esta Comisión no constituía un proyecto oficial de las Naciones Unidas, recibió el respaldo del Secretario General Boutros Boutros-Ghali y financiamiento del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Vivó, 2009). Su función, en un principio, fue reunir expertos en diversos temas –desarme, seguridad, medio ambiente, desarrollo social, entre otros– con el objetivo de diseñar nuevas formas de gobernanza internacional, mediante las cuales se abordarían problemáticas globales a través de la articulación de esfuerzos entre actores públicos y privados.

De esta manera, se buscaba integrar a los Estados y a las organizaciones intergubernamentales, con movimientos de ciudadanos, organizaciones de la sociedad civil y empresas transnacionales, entre otros. La idea central era perfilar nuevos mecanismos de gestión de asuntos públicos de carácter global, de manera que su manejo resultara más eficiente que las formas tradicionales de cooperación interestatal. Según esta Comisión, la gobernanza global es:

‘The sum of the many ways individuals and institutions, public and private, manage their common affairs. It is a continuing process through which conflicting or diverse interests may be accommodated and co-operative action may be taken. It includes formal institutions and regimes empowered to enforce compliance, as well as informal arrangements that people and institutions have agreed’.

‘La suma de las múltiples maneras como los individuos y las instituciones, públicas y privadas, manejan sus asuntos comunes. Es un proceso continuo mediante el que pueden acomodarse intereses diversos y conflictivos y adoptarse acciones cooperativas. Incluye instituciones formales y regímenes con poder para imponer obediencia, así como arreglos informales que las personas y las instituciones han acordado’.

---

<sup>1</sup> Conocida en español como la Comisión de Gestión de los asuntos Públicos Mundiales

Desde el punto de vista académico, la obra de Rosenau y Czempiel (1992) 'Governing without Government. Order and change in International Relations', representa el punto de partida para el desarrollo teórico en el campo de la gobernanza global (Cf. Withman 2009; Lederer y Muller 2003; Wilkson 2006). A pesar de que el término no es utilizado explícitamente en su primer libro, el trabajo de estos autores trajo a flote la distinción entre 'el gobierno' como institución y 'gobierno' como proceso, lo que marco una línea de quiebre en la producción teórica dentro del campo (Lederer y Muller, 2003).

Para Rosenau y Czempiel (1992), el proceso de gobernanza es diferente al de gobierno. Ambos conceptos se refieren a comportamientos que tiene como objetivo la actividad de gobernar, pero se diferencian por su sistema regulador (Vivó, 2009: 43). Mientras el gobierno implica una actividad de gobernar estructurada a partir de una autoridad central, la gobernanza implica actividades de gobernar que pueden ser tanto formales como informales, estructuradas o difusas en las que participan actores heterogéneos. Dentro de los procesos de gobernanza, no está claramente establecido un orden jerárquico en los actores participantes, ni existen estructuras rígidas de toma de decisión, son procesos que suelen ser fluidos y cambiantes.

Con estos planteamientos, el concepto adquirió un nuevo enfoque y se utilizó para analizar los cambios en la distribución del poder entre Estados nacionales y actores no estatales en la estructura de la gobernación de los asuntos mundiales (*idem*). En 1995, Rosenau publicó un artículo intitulado 'Global Governance in the Twenty-first Century', el cual recupera gran parte de los aportes que se habían realizado en años anteriores y despliega una serie de preguntas clave en torno a la temática (Withman, 2009). En este trabajo, Rosenau presenta una definición amplia del concepto de la gobernanza global como:

'Systems of rules at all levels of human activity –from the family to international organizations– in

'Sistema de reglamentación a todos los niveles de la actividad humana –desde la familia hasta las

which the pursuit of goals through  
the exercise of control has  
transnational repercussions´.

organizaciones internacionales—  
donde el impulso por alcanzar  
objetivos a través del control tiene  
repercusiones transnacionales´.  
(Rosenau, 1995: 8)

El mismo año se crea la revista académica *Global Governance*, la cual se convierte en una importante plataforma de producción académica en los años subsecuentes. Vale la pena destacar, en el primer volumen de esta publicación, el artículo de Finkelstein ‘What is Global Governance?’, en el que el autor señala que ‘la gobernanza global es gobernar, sin autoridad soberana, las relaciones sociales que trascienden las fronteras nacionales’ (1995: 368-369). A partir de entonces, en diversos círculos académicos e institucionales se inicia un trabajo de investigación sistemático en torno a la gobernanza global del cual derivan múltiples enfoques teóricos orientados a examinar la interacción de los actores en torno a diversos asuntos globales. En este período destacan los aportes de Ruggie (1993) acerca del multilateralismo o de Kohler-Koch (1996) con referencia a procesos de toma de decisión multinivel en el ámbito transnacional.

En la mayoría de las definiciones de gobernanza global acuñadas durante la primera mitad de la década de los noventa, el concepto tuvo un carácter principalmente descriptivo. Fue utilizado para representar las nuevas estructuras y los procesos de gobernanza transnacional que emergen a partir del colapso del orden mundial bipolar. Es decir, para describir las formas en que se descentralizaba la autoridad política a nivel internacional así como el impacto de la proliferación y creciente importancia de múltiples actores no-estatales. El concepto permitía detallar los nexos entre los sistemas de toma de decisiones, la coordinación política y la resolución de conflictos que trascendían la autoridad de los Estados nacionales (Rosenau, 2000).

Desde un punto de vista normativo, la gobernanza global era considerada como un mecanismo efectivo y práctico para articular esfuerzos entre un gran número de agentes que interactuaban en el escenario transnacional. Su objetivo era proporcionar soluciones de manera cooperativa a las problemáticas globales más urgentes. Como veremos con mayor detalle en los próximos apartados, las perspectivas de este corte aún cuentan con



un peso significativo tanto en el ámbito institucional como en el *mainstream* del campo académico. Por ejemplo, Held y McGrew (2002) en su conocida obra 'Governing Globalization', argumentan que las insuficiencias de las estructuras de gobernanza global radican en la desigualdad entre los círculos de toma de decisiones creados en el escenario internacional, planteando como solución a los problemas globales la construcción de sistemas de gobernanza más democráticos (Cf. Weiss, 2000).

Las primeras críticas que se despliegan en torno al uso acrítico del concepto, surgen en la segunda mitad de la década de los noventa. Hewson y Sinclair (1999), argumentan que el término fue progresivamente despolitizado para promover una noción blanda y neutral que reflejara un estilo consensuado de administración de los asuntos globales. La propuesta de dichos autores fue politizar el concepto, centrando su análisis en las nuevas relaciones de poder que configuran los sistemas de gobernanza emergentes. De igual forma Latham (1999), identificó a la gobernanza global como un concepto tecnocrático y apolítico que buscaba legitimar el orden internacional económico existente y crear mecanismos que facilitarían la expansión del libre mercado. Dicho autor, realizó un análisis comparativo entre los planteamientos que se circunscribían bajo el ámbito de la gobernanza global y los planteamientos de las teorías funcionalistas en torno al manejo técnico de los asuntos políticos. Del mismo modo, Brandt (2000) realiza una pertinente crítica al vocabulario que poblaba las teorías *mainstream* de la gobernanza global, concluyendo que estaban infestadas de conceptos pragmáticos y neoliberales.

Como podemos observar, a nivel conceptual la gobernanza global abarca desde su emergencia una pluralidad de significados frecuentemente conflictivos entre sí. Debido a ello el concepto es comúnmente considerado como un término 'sombrija', el cual pretende explicar una multiplicidad de procesos de diversa índole que transcurren en la esfera transnacional. Para efectos de esta investigación, el término gobernanza global se encuentra circunscrito a una perspectiva sistémica, por lo que encuentra su ontología en los sistemas de gobernanza global. El potencial de este enfoque radica en el uso del

término como herramienta analítica que busca hacer inteligible la complejidad de los fenómenos y procesos que abarcan los sistemas de gobernanza global.

La perspectiva sistémica ofrece la posibilidad de centrarse en el aspecto relacional de los sistemas de gobernanza, es decir, en las interacciones entre los agentes que componen los diferentes niveles de los sistemas –local, nacional, regional, internacional y transnacional– así como en los procesos que derivan de su interacción. Bajo este enfoque, la gobernanza global no puede ser explicada ni entendida en el vacío, es decir, sin el referente de los sistemas de gobernanza, ello implica un posicionamiento ontológico que modifique y potencialice la utilidad del concepto como instrumento analítico.

En efecto, todos los procesos de gobernanza y los actores que le dan vida se organizan en sistemas de gobernanza global que funcionan en torno a problemáticas específicas, estos sistemas están sujetos a ser delimitados y explorados con instrumentos metodológicos de diversa naturaleza. Por ahora, resulta fundamental continuar profundizando en los diversos enfoques teóricos que han surgido en torno al campo de la gobernanza global en las últimas dos décadas, a fin de presentar un marco coherente que permita exponer al conjunto de perspectiva teóricas en gobernanza global que circunscriben esta investigación.

### **Enfoques teóricos de la gobernanza global**

En el presente apartado exploraremos con detenimiento las propuestas más relevantes y los trabajos más representativos del campo de la gobernanza global, a fin de ofrecer un panorama general del paisaje teórico que puebla dicha área del conocimiento y proporcionar los cimientos necesarios para exponer la perspectiva teórica de este trabajo. Antes de entrar en materia, sin embargo, conviene advertir que gran parte de las teorías en gobernanza global no constituyen necesariamente sistemas analíticos omniabarcantes.

En efecto, la mayoría de dichas teorías se enfocan en cuestiones puntuales o procesos frecuentes, las de corte más holístico pretenden abordar aspectos generales de la gobernanza global, mientras otras buscan resaltar el papel preponderante de ciertos actores, las relaciones de poder que emergen entre ellos y los diferentes niveles de autoridad que ejercen. Ciertas teorías de perfil más tradicional, se centran básicamente en los mecanismos formales de regulación y toma de decisión en el ámbito transnacional, mientras que otras, por el contrario, se enfocan en los fenómenos emergentes, en los vínculos informales y en los procesos de retroalimentación entre lo global-nacional-local.

Para simplificar el análisis de esta diversidad de contribuciones, es oportuno intentar una clasificación de las mismas. Empero, debemos tener presente que tal clasificación sólo contribuye a dar mayor claridad analítica al presente trabajo, es decir, tiene un carácter orientativo y de ninguna manera pretende ser exhaustivo. Cabe resaltar igualmente, que dentro de un mismo autor pueden coexistir diversas perspectivas y que con frecuencia los enfoques se traslapan. En otros casos, algunos autores han modificado sus planteamientos iniciales en los últimos años, por ello obras de un mismo autor pueden encuadrarse en perspectivas muy distintas. Resulta imprescindible, a su vez, que el lector se mantenga atento a la complementariedad de las contribuciones, debido a que la importancia de muchas radica en su potencial de articulación con las demás. Los frutos de este esfuerzo se verán reflejados en la segunda parte del apartado, momento en el que se presentará el engranaje de las diferentes teorías que se utilizarán para explorar el funcionamiento del sistema de gobernanza global en salud. Hay que tener presente, sin embargo, que este intento de profundización y ordenamiento teórico no presupone la existencia de un mar de eclecticismo teórico, sino que representa un esfuerzo orientado a bridar un panorama general del estado del arte en la materia.

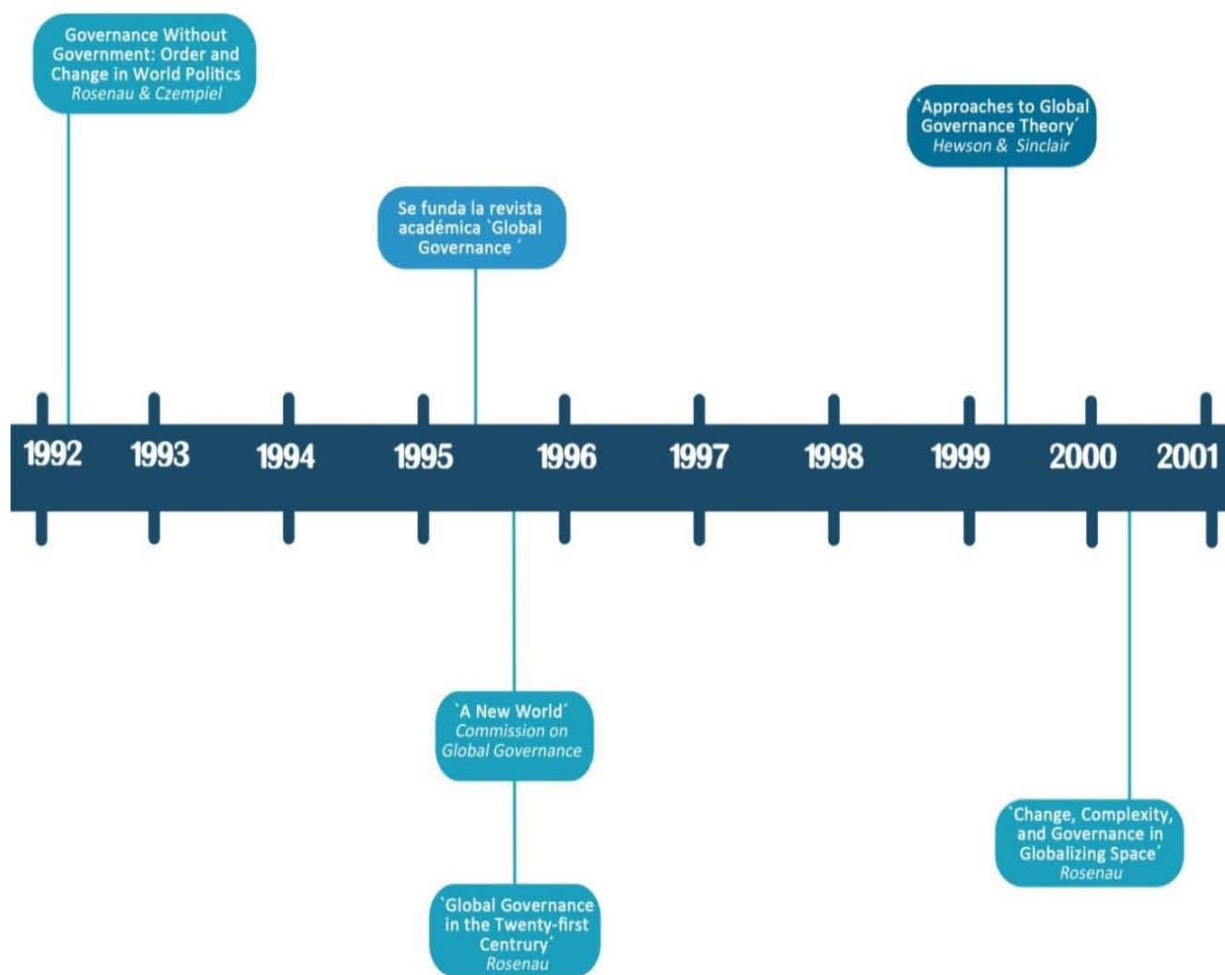
A continuación examinaremos una serie de enfoques clasificándolos en cuatro grupos principales:

- (i) Perspectivas descriptivas: conciben la gobernanza global como un proceso que deriva de la desagregación de la autoridad política en un mundo globalizado.

- (ii) Perspectivas normativas: consideran que los procesos de gobernanza global pueden solucionar de manera eficiente diversas problemáticas globales.
- (iii) Perspectivas críticas: buscan examinar el papel que juega la gobernanza global dentro del proyecto del capitalismo neoliberal, así como las relaciones de poder implícitas en los sistemas de gobernanza, y;
- (iv) Perspectivas sistémicas: un conjunto de aproximaciones que buscan brindar una mirada nueva a las problemáticas específicas de los Sistemas de Gobernanza Global (SGG).

Antes de iniciar el examen de los diferentes enfoques, en el Gráfico A1 se presenta una línea del tiempo que sintetiza los principales trabajos académicos en torno a la gobernanza global, misma que servirá para ubicar el surgimiento de cada uno de ellos en una escala temporal, de manera que sea posible ubicar a los autores y las obras principales dentro de las diferentes perspectivas.

- Perspectivas normativas, descriptivas y tecnocráticas*
- Perspectivas críticas*
- Perspectivas enfocadas en los SGG y los actores*
- Perspectivas centradas en el análisis del poder*
- Otros*



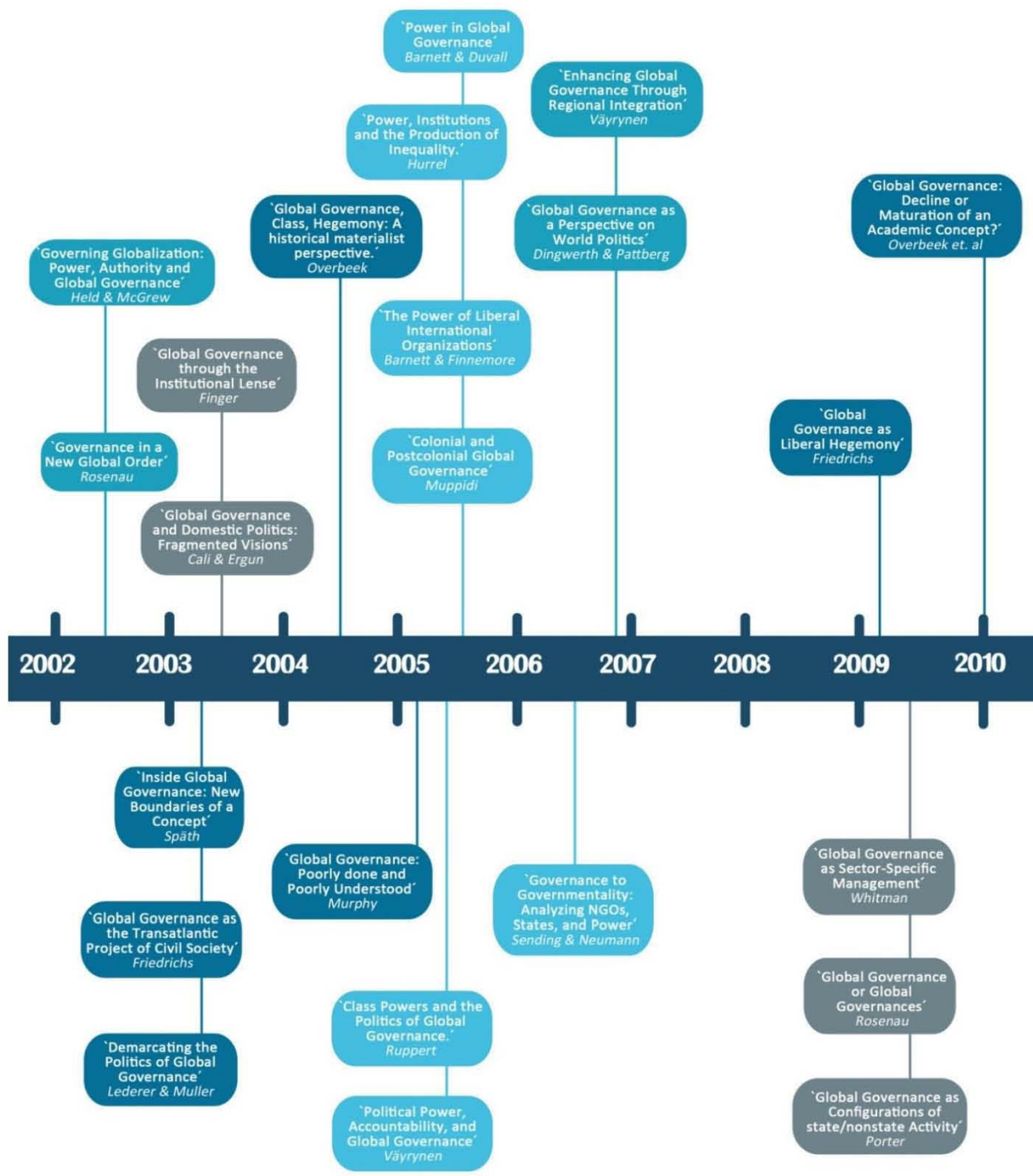


Gráfico A1  
Fuente: Elaboración propia

### *Perspectivas descriptivas: la desagregación de la autoridad en un mundo globalizado*

El estudio de la desagregación de la autoridad dentro de los desarrollos teóricos en gobernanza global, ha sido un tema al que se le ha brindado una atención preponderante desde mediados de los años noventa. Las primeras propuestas teóricas de gobernanza global estaban directamente relacionadas con las transformaciones de la autoridad política de los Estados-nación así como con los procesos de integración y fragmentación de la política mundial. En términos generales, se planteaba que la autoridad política había tendido a desconcentrarse de los Estados, desplazándose hacia diferentes actores y niveles. Como consecuencia de este fenómeno, se argumentaba que habían emergido nuevas dinámicas para administrar los asuntos públicos, dinámicas que se correspondían con las características de un sistema global cada vez más interdependiente y complejo, determinado por las fuerzas de la globalización económica.

Dentro de dicho sistema, el Estado ya no cuenta con el monopolio de la autoridad y los actores no-estatales adquieren una relevancia singular en los procesos de toma de decisión. Ello tiene como resultado la emergencia de variados mecanismos de gobernanza transnacional en los que participan actores heterogéneos. Aunque el Estado continúa siendo un actor central en el escenario político y económico, se ve forzado a redefinir sus estrategias ante un panorama poblado por múltiples agentes. Los Estados buscan adaptarse a las nuevas condiciones, reestructurando sus funciones e incorporándose de diversas maneras a los procesos de gobernanza global que se despliegan.

Estos procesos de gobernanza pretenden contrarrestar los déficits de autoridad surgidos por el adelgazamiento de los Estados nacionales y como estrategia para satisfacer la necesidad de los actores no-estatales de impulsar sus intereses. Consecuentemente, la estructura política mundial deja de ser un sistema estatocéntrico y se convierte en un sistema policéntrico, formado por redes multilaterales en las que participan Estados, organizaciones intergubernamentales, gobiernos locales, así como

diversos actores privados y organizaciones de la sociedad civil. Este nuevo escenario, se encuentra marcado por la multiplicación de centros de poder, la descentralización de la autoridad y una creciente interdependencia entre las sociedades.

Los primeros trabajos de James Rosenau son probablemente las propuestas de gobernanza global más conocidas dentro de este primer grupo de perspectivas (Dinwerth y Pattberg 2009). Rosenau, desde la publicación de su obra 'Governing without government' (1995), identifica como rasgo característico de la política mundial contemporánea, la transferencia de la autoridad de los gobiernos nacionales a diversos actores no-estatales, así como a niveles gubernamentales subestatales o supraestatales. Ello resulta en la multiplicación y descentralización de los espacios de autoridad, como consecuencia de una serie de procesos interactuantes –cambios tecnológicos, globalización de las relaciones económicas, interdependencia entre sociedades, entre otros– que en conjunto han modificado la forma en la que se articula la política mundial (1995; 2002).

Según argumenta el autor, dichos procesos han detonado en la creciente proliferación de actores que tienen incidencia en los procesos de toma de decisión y las relaciones transnacionales (Dinwerth y Pattberg, 2009). Desde este ángulo, la gobernanza global es considerada como una característica esencial de un nuevo orden mundial en donde los Estados nacionales se ven obligados a compartir su autoridad con otros actores. Emergen, por lo tanto, un número cada vez más de amplio de mecanismos de regulación o *steering mechanisms*, formales e informales en los que participan actores heterogéneos. Estos mecanismos, argumenta Roseau, surgen de tensiones permanentes a partir de las cuales los procesos de globalización y localización se desdobl原因 de manera simultánea, generando patrones contradictorios que disminuyen la capacidad de gobernabilidad a nivel de los Estados (*ídem*).

Para describir este proceso, Rosenau desarrolla el concepto de *spheres of authority*, es decir, de espacios de autoridad desde los cuales se establecen sistemas de regulación constituidos por múltiples actores. De esta manera, la política mundial deja de



ser un asunto concerniente únicamente a los Estados y se convierte en un escenario difuso, en el que el orden se establece a través de procesos de coordinación entre agentes (Rosenau, 2003). La gobernanza global se expresa entonces en la creación de sistemas de regulación, en el que se integran elementos formales e informales. Los elementos formales son establecidos por los actores estatales e intergubernamentales y se traducen principalmente en forma de normatividad internacional; mientras que en los elementos de regulación informales participan diversos actores no-estatales. De esta manera, se teje una red global de gobernanza cada vez más compleja y tupida, conformada por subredes de cooperación en diversas áreas temáticas que atraviesan los niveles subestatales y supraestatales.

Siguiendo una línea semejante, Held y McGrew (2002a), se refieren al estudio de la gobernanza global como al análisis de la transformación en las estructuras de gobernanza de la política mundial contemporánea en el contexto de un mundo globalizado. Según estos autores la gobernanza global, como objeto de estudio, incorpora los siguientes elementos:

- Introducción de la multilateralidad, con la incorporación de sistemas supraestatales (Naciones Unidas), regionales (Unión Europea, Mercosur, ASEAN), transnacionales (sociedad civil global, redes y organizaciones empresariales) y subestatales (agencias gubernamentales regionales, locales, comunidades de vecinos, etcétera).
- Visión poliárquica o plural de la autoridad: en general, la autoridad política está fragmentada.
- Introducción de una geometría variable donde la capacidad política y reguladora de las infraestructuras varía en función de los temas en cada zona geográfica.
- Introducción de complejidad estructural, resultado de la diversidad de agencias y redes que se superponen en jurisdicciones funcionales y espaciales con diferentes recursos de poder y competencias.

- Transformación del papel de los gobiernos nacionales, que se han convertido en espacios estratégicos que enlazan esas estructuras de gobernanza y legitiman la regulación más allá del Estado-nación.
- Reconfiguración de la autoridad que se distribuye entre diferentes niveles o infraestructuras de gobernanza.
- Emergencia de nuevas modalidades de toma de decisiones globales –*global rule-making*– e implementación: aspectos importantes de la formulación e implementación de la política pública global se están desarrollando mediante la expansión de redes globales, transgubernamentales, trisectoriales (público, empresarial y ONGs) o transnacionales. Estas redes pueden ser *ad hoc* o institucionalizadas y cada vez son más importantes en la coordinación del trabajo de expertos y funcionarios en gobiernos, agencias gubernamentales, organizaciones intergubernamentales, empresas y ONGs. Establecen agendas, distribuyen y difunden información, formulan regulaciones o normas, establecen e implementan programas políticos, entre otros. Son una consecuencia de la complejidad técnica que están adquiriendo los temas políticos globales (Held y McGrew, 2002b).

Como puede observarse, para este tipo de desarrollos teóricos, la gobernanza global es entendida como un componente esencial de la globalización. La gobernanza global, desde esta perspectiva, se ha consolidado a partir de la erosión de la autoridad de los Estados, la emergencia de nuevos actores y sistemas de regulación. En este sentido, se conceptualiza como un proceso de redistribución de la autoridad a nivel transnacional, que deriva de una dinámica simultánea de integración y fragmentación. Ello ha dado como resultado un sistema policéntrico conformado por múltiples estructuras en donde se despliegan procesos de coordinación entre agentes de distinta naturaleza.

A través del análisis de los procesos de gobernanza global, se busca examinar la naturaleza de las redes creadas entre los actores para gobernar asuntos específicos a distintos niveles. Igualmente, se busca entender cómo funcionan los procesos de toma de

decisión y los mecanismos de regulación que se establecen. El foco de atención está puesto, principalmente, sobre la manera en que los gobiernos, instituciones gubernamentales y los actores privados interactúan para establecer la normatividad, implementar programas y ejecutar acciones en un escenario global de creciente interdependencia.

*Perspectivas normativas: la forma par excellence de gestionar los asuntos públicos mundiales*

Las perspectivas de tipo normativo integran los planteamientos centrales de las perspectivas descriptivas, es decir, consideran que los procesos de gobernanza global son resultado de un proceso de redistribución de la autoridad a nivel transnacional detonado por la intensificación del proceso de globalización económica. Sin embargo, más allá de entenderlos como procesos espontáneos, buscan resaltar su potencial para dirigir los asuntos globales de manera cooperativa y democrática. Conceptualizan la gobernanza como conjuntos de acciones de interés común, impulsadas de manera cooperativa por agentes públicos y privados (Lederer y Muller, 2003). La atención se centra, por lo tanto, en analizar la forma en que un gran número de agentes –públicos y privados, locales, nacionales, internacionales y transnacionales– confluyen en los espacios transnacionales en busca de soluciones a las problemáticas globales específicas.

La mayoría de enfoques dentro de este conjunto de perspectivas, tiende a equiparar los procesos de gobernanza con dispositivos técnicos que deben ser perfeccionados para manejar ‘racionalmente’ los problemas que emergen en el ámbito transnacional. Promueven una visión de *problem-solving capacity*, a partir de la cual advierten la necesidad de crear mecanismos de regulación en áreas específicas, a fin de redireccionar los procesos generadores de problemas (Späth, 2003). Buscan promover el desarrollo de mecanismos de regulación más eficientes y cooperativos para dar solución a

los retos que plantean los `efectos secundarios´ de la globalización, entre los que destacan las crisis y los problemas sociales, ambientales, económicos, alimentarios y de salud, entre los más importantes.

Dentro de estas aproximaciones es posible identificar dos tendencias principales: por un lado, las que dan un peso preponderante a las acciones de los Estados a través del multilateralismo y por otro, aquellas que dan mayor peso a la participación de los actores privados y de la sociedad civil organizada. Dentro del primer grupo, se insertan las propuestas `reguladoras´ a través de las cuales se conceptualiza la gobernanza global como una forma de cooperación intergubernamental (Väyrynen, 2005), haciendo hincapié en la necesidad de dirigir los asuntos globales a través de la acción colectiva internacional, y centrando la atención en el desarrollo acelerado del multilateralismo. Dentro del segundo grupo, se aboga por la participación activa de los actores privados, argumentando que sólo a través de la conjunción de múltiples agentes, con intereses y funciones diferentes, se logrará diseñar estrategias de gobernanza efectivas.

El principal impulso a este tipo de iniciativas dentro del ámbito institucional, se le atribuye a la Comisión de Gestión de Asuntos Públicos Globales, más conocida como The Commission on Global Governance. Esta Comisión entiende a la gobernanza global como una manera cooperativa en la que actores heterogéneos buscan abordar problemas que trascienden las fronteras nacionales. A través de la creación de mecanismos de cooperación democráticos y la consolidación de estrategias consensuadas entre múltiples *stakeholders*, se considera posible mantener un orden mínimo en el ámbito transnacional y avanzar en la realización de objetivos comunes. La Comisión señala que únicamente mediante el establecimiento de mecanismos de gobernanza abiertos a la participación de múltiples agentes y transversales a diversas problemáticas, se llegará a acuerdos consensuados.

Dentro de esta línea de análisis, Thakur y Langerhove sostienen que la gobernanza global es `el complejo de instituciones, mecanismos, relaciones y procesos, tanto formales como informales, entre los Estados, los mercados, los ciudadanos y las organizaciones

intergubernamentales y no-gubernamentales; a través de los cuales los intereses colectivos son regulados, se establecen derechos y obligaciones, y las diferencias son mediadas' (2006: 233). Inspirados en la idea de la posibilidad de crear sistemas de gobernanza más racionales y menos 'enmarañados' que las burocracias estatales, otro grupo de autores acuña la idea de la 'gobernanza por redes', haciendo énfasis en el aspecto tecnocrático de los procesos de gobernanza. Desde esta perspectiva, se sostiene que una gobernanza técnica a nivel transnacional, es más eficiente y productiva que la que puede proveer el Estado y sus instituciones jerárquicas y rígidas (Keohane y Nye, 2002). El foco de atención de estas propuestas está puesto sobre la racionalización y efectividad de los procesos de gobernanza global *vis a vis* la rigidez e ineficiencia de los procesos Estatales.

Centrándose en el papel de los actores gubernamentales, Weiss y Kamran (2009) articulan una aproximación a la gobernanza global a partir del análisis del papel de Organizaciones Internacionales (Ois) en los procesos de *steering* de los asuntos globales. Plantean que el examen de la gobernanza global a través de las nuevas formas de organización internacional, permite trazar posibles derroteros hacia la gobernabilidad transnacional efectiva. Para ello, argumentan, resulta fundamental examinar la interacción entre las nuevas organizaciones a nivel regional/global, sus instituciones y prácticas anteriores, así como la intensificación de la actividad transnacional privada (*idem*). Además, prevén el surgimiento de mecanismos más robusto de cooperación, formales e informales, para hacer frente de una mejor manera a diversas problemáticas globales.

Dinwerth y Pattberg (2006b; 2009) por su parte, identifican cinco espacios principales desde donde emergen procesos de gobernanza: intergubernamental, supranacional, transgubernamental y transnacional. Argumentan que dentro de cada uno de estos espacios interactúa un gran número de actores con características muy diversas. Los actores realizan múltiples intercambios de recursos, generan acuerdos, establecen mecanismos e implementan acciones mediante procesos continuos de negociación. Los Gráficos A2 y A3 ilustran las diferentes esferas en las que, desde esta perspectiva, emerge

la gobernanza global, los tipos de actores que participan y el control que ejercen sobre los recursos.

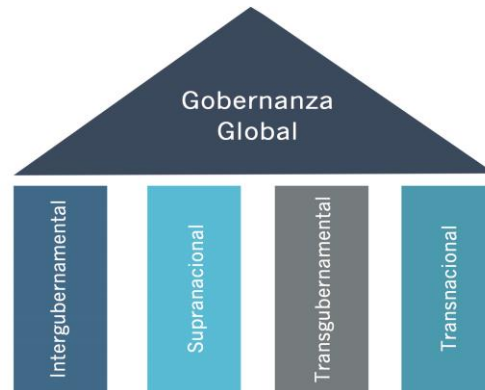


Gráfico A2

Fuente: Dinwerth y Pattberg, 2009

Tipos de recursos	Políticos (influencia)	Financieros (dinero)	Cognitivos (información)	Morales (legitimidad)
Organizaciones internacionales				
Burocracias internacionales				
ONGs internacionales				
Fundaciones privadas				
Instituciones gubernamentales				
Organizaciones híbridas				
Actores Empresariales				
Comunidades epistémicas				
Comunidades de migrantes				
Comunidades religiosas				
Medios de Comunicación				

Cierta tipo de control
  Control significativo

Gráfico A3

Fuente: Dinwerth y Pattberg, 2009

Su argumento central señala que mientras en el período de la postguerra la mayoría de estos recursos estaban concentrados en manos de unos cuantos Estados dominantes, a partir de la década de los ochenta, su control se dispersa en numerosos centros de autoridad. La proliferación de actores en este período ha derivado en la multiplicación de esferas de autoridad, inspirando nuevos modos de gobernanza a través de los cuales organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales conjuntan esfuerzos para direccionar asuntos particulares (2009: 42). Este enfoque se encuentra basado en el

concepto de *resource-dependent organizations*, de acuerdo con el cual, la gobernanza global efectiva y eficiente depende de cómo se distribuyen los recursos financieros, políticos, cognitivos y morales entre las organizaciones participantes.

La matriz desarrollada por Dinwerth y Pattberg resulta interesante y puede servir como herramienta explicativa para ciertos ámbitos de gobernanza global, ya que ofrece una clasificación de los actores que interrelacionan en los diferentes espacios transnacionales y el respectivo control que ejercen sobre los distintos tipos de recursos. La problemática del control de los recursos en los sistemas de gobernanza es uno de los procesos fundamentales a identificar al momento de abordar las relaciones de poder entre los actores, por lo que este tipo de aproximaciones contribuyen a esclarecer los modos de interacción entre los mismos.

Sin embargo, al contemplar únicamente actores de carácter transnacional, esta perspectiva omite analizar la forma en que interactúan estos con actores pertenecientes a otros niveles, lo cual constituye un elemento explicativo clave para dar cuenta de la dinámica de las redes de gobernanza y del impacto de las mismas sobre los escenarios locales. Es decir, al dejar fuera de la ecuación a los Estados y los actores subestatales se hace más difícil medir los efectos que tienen las prácticas de gobernanza en escenarios específicos. Igualmente, la matriz no puede aplicarse de manera general a todos los sistemas de gobernanza global, ya que los grados de control que algunos actores ejercen pueden variar sobre áreas específicas. Por ejemplo en el área de la salud, las fundaciones privadas ejercen un control significativo sobre los recursos financieros y morales, mientras que en áreas como la gobernanza económica, su influencia es escasa.

En suma, podemos advertir que el análisis realizado en los apartados anteriores brinda un panorama general sobre lo que constituye la gobernanza global en el *mainstream* académico e institucional. Como se ha visto, las perspectivas descriptivas y normativas articulan los procesos de gobernanza global como nuevos modelos de organización transnacional. La mayoría de los enfoques descritos, encuentran en los procesos de gobernanza del ámbito transnacional, respuestas a las problemáticas globales

contemporáneas. Se argumenta que construyendo mecanismos de direccionalidad entre actores múltiples y heterogéneos es posible llegar acuerdos y establecer prácticas que mitiguen los efectos secundarios de globalización, como las crisis sociales, ambientales, económicas, alimentarias y de salud, entre otras.

Desde algunas de estas aproximaciones, la gobernanza global tiene un carácter flexible y abierto (Späth, 2003) que promueve la creación de alianzas cooperativas entre actores locales, nacionales e internacionales tanto de carácter público como privado. Estas alianzas son consideradas como 'la alternativa' a los esfuerzos dislocados y rígidos de los Estados nacionales por dar solución a numerosas problemáticas. Ello no significa que se considere a los Estados como entidades obsoletas, por el contrario, desde la mayoría de los enfoques éstos son entendidos como actores fundamentales dentro de los sistemas de gobernanza global. El concepto subyacente es que los Estados deben adaptar sus instituciones a las circunstancias cambiantes y a los nuevos arreglos institucionales que emergen en el ámbito de lo transnacional. Es decir, se plantea que los Estados deben asumir una nueva posición como piezas centrales del engranaje global y que su participación en el mismo debe estar acorde con los objetivos comunes del resto de participantes.

Dingwerth y Pattberg (2010) señalan que la presunción –implícita en gran parte de la literatura– de que la gobernanza global gira en torno a la existencia de una reglamentación coordinada y homogénea alrededor de los problemas mundiales, resulta sorprendentemente ingenua. Rara vez se cuestiona la legitimidad de lo que se plantea como 'objetivos comunes', ni se busca profundizar en la dinámica de los intereses que determinan el carácter de los espacios de gobernanza. Poco se cuestiona la conflictiva de intereses que confluyen en la política mundial y con frecuencia se da por sentado que existe un interés de común acuerdo.

Senghaas (2003), por su parte, advierten que rara vez la regulación y coordinación de actividades a través de las fronteras toma un carácter realmente global. La literatura *mainstream* tiende a limitar el ámbito de lo transnacional a las iniciativas propuestas por un



grupo reducido de países e instituciones. Por ello, es fundamental señalar que la proliferación en el número y el tipo de actores no implica automáticamente un superávit democrático. Sería necesario entonces, analizar con mayor detenimiento la manera en que los actores gestionan sus intereses en los procesos de gobernanza así como evaluar la calidad democrática de las prácticas que derivan de dichos procesos.

Autores como Väyryne (2005) sostienen que el énfasis en la regulación y el *steering* tecnocrático, da una idea de gobernanza apolítica y sesgada. El examinar la gobernanza limitando el análisis a los procesos de regulación cooperativos, conlleva el riesgo de caer en el formalismo y el legalismo, ignorando la importancia de los intereses y objetivos políticos de los múltiples actores. El énfasis desproporcional en la efectividad de los mecanismos de gobernanza tiende a oscurecer la importancia de la legitimidad en los procesos que se despliegan para crear los mecanismos.

A pesar de los aportes que proporcionan algunas de estas perspectivas, la mayoría lleva implícita una visión restringida de la gobernanza global, al considerar que la pluralidad de actores y la flexibilidad de los mecanismos de regulación, automáticamente derivan en buenos resultados. Un rasgo sintomático de estas aproximaciones, es tender a alejar la atención de las causas reales de las problemáticas, al no ahondar en las contradicciones eminentes en las que se basa el orden global contemporáneo. Sin negar que estos enfoques puedan iluminar procesos relevantes en torno al accionar de los actores y la posibilidad del consenso alrededor de asuntos particulares, evidentemente sólo están mostrando una cara de la moneda. En estos estudios, se encuentra poco interés en analizar los grados de conflictividad e intereses irreconciliables que determinan gran parte de los esfuerzos en gobernanza global, lo que con frecuencia, lleva a conclusiones erradas y moralmente objetables. En el siguiente apartado ahondaremos en cierto grupo de perspectivas críticas que, por el contrario, centran su análisis en el nexo entre gobernanza global y neoliberalismo.

### La gobernanza global `realmente existente': perspectivas críticas

En contraposición a los marcos analíticos anteriores, encontramos las perspectivas críticas de gobernanza global, las cuales pretenden mostrar la cara inversa de la moneda. Su objetivo central es hacer hincapié en el nexo entre la gobernanza global y la globalización económica, buscando concatenar las propuestas neoliberales con la emergencia de mecanismos de coordinación y regulación a nivel transnacional. Estas perspectivas, comparten la idea de que la gobernanza global es un movimiento primordialmente intelectual y político, el cual exige ser analizado de manera minuciosa a fin de revelar la lógica capitalista que lo sustenta. Además, intentan analizar más a fondo el proyecto de gobernanza contemporáneo para examinar el papel que juega en el orden global actual. Desde esta aproximación, se denuncia el carácter ahistórico y apolítico de los enfoques de la literatura *mainstream*. Henk Overbeek (2004), por ejemplo, señala que el sesgo normativo que tienen los planteamientos de las corrientes dominantes en la literatura de la gobernanza global, oscurece la realidad de las prácticas de gobernanza en la economía capitalista.

A pesar de que las perspectivas críticas comparten ciertos planteamientos comunes, dentro de esta categoría se circunscribe una gran diversidad de propuestas. Mientras algunos autores rechazan de manera tajante el concepto mismo de gobernanza global por reflejar una ideología tecnocrática y apolítica (Cf. Latham, 1999), otros le otorgan valor como herramienta conceptual, buscando profundizar en qué tipo de gobernanza global se despliega actualmente, es decir, buscan comprender la gobernanza global `realmente existente', más allá de los discursos normativos. Por ello, a pesar de los elementos comunes que los agrupan, se analizarán ciertas propuestas de manera particular.

Uno de los primeros planteamientos críticos fue el realizado por Phillips y Higgott (1999), quienes señalaron que las políticas de gobernanza global eran elementos constitutivos del post-consenso de Washington impulsados por élites neoliberales

reformadoras (Vivó, 2009). Plantean que los procesos de gobernanza global se han ido organizando bajo la mirada atenta de las élites empresariales y políticas mundiales, quienes los han usado como vehículos para impulsar sus intereses en diferentes áreas. A través de las nuevas prácticas de gobernanza global, se pone de manifiesto la importancia de los actores privados neoliberales como fuerzas políticas hegemónicas que, mediante diferentes estrategias, consiguen plasmar sus preferencias y sus objetivos políticos, consolidándose como grupos sociales y económicos hegemónicos.

Overbeek (2004), basándose en los desarrollos teóricos de Robert Cox y Stephen Gill, propone el concepto de 'gobernanza global neoliberal' para describir la gobernanza global contemporánea. Este autor argumenta que la función principal de la gobernanza global es avanzar las reformas de liberalización de los mercados, defender los derechos de la propiedad privada, garantizar la movilidad transnacional del capital así como controlar y subordinar posibles fuerzas sociales que se rebelen a dichos proyectos. Para este autor, la dinámica que impulsa los procesos de gobernanza global tiende a profundizar y acrecentar el proceso de mercantilización de todas las esferas de la existencia humana. Por ello, la gobernanza global debe ser entendida como una serie de sistemas conformados por estructuras formales e informales de autoridad y soberanía que trascienden los estados nacionales, dirigiéndose a expandir el mercado global.

Otros autores como Jörg Friedrichs (2003), consideran que la gobernanza global no sólo está dirigida a expandir el mercado global sino a impulsar un proyecto hegemónico de mayor envergadura. Este autor rechaza la idea de gobernanza global como concepto descriptivo de un nuevo orden mundial, concibiéndola como un proyecto hegemónico de lo que él denomina la 'sociedad transatlántica'. Friedrichs señala que las principales preguntas que deben formularse al considerar el tópico de la gobernanza global son: ¿quién gobierna y para qué? (*idem*), ya que únicamente a partir de estos cuestionamientos, es posible desenmascarar el proyecto que impulsan los actores que dominan los procesos de gobernanza en el escenario actual. Plantea que el proyecto de gobernanza global tiene tres dimensiones principales:

- i. la dimensión política, a través de la cual se busca expandir el modelo occidental del Estado constitucional democrático;
- ii. la dimensión económica, en la que las Empresas Transnacionales (ETNs) constituyen el actor dominante, y ;
- iii. la dimensión de sociedad civil, en la que un conjunto de ONGs liberales se adjudican autoridad moral suprema (*ídem*).

Según el autor, estos tres proyectos hegemónicos actúan en conjunto para dar forma al orden mundial post-wesfaliano. Los procesos de gobernanza global deben ser entendidos, por ende, como mecanismo prácticos creados para avanzar el proyecto neoliberal en sus diferentes dimensiones. Además, estos proyectos se encuentran dirigidos a impulsar doctrinas economicistas, oscilando entre la parapolítica y la metapolítica (*ídem*). Desde su punto de vista, la gobernanza global no puede ser concebida como un proceso apolítico y neutral, sino como la continuación de la política en el escenario privado, es decir, entre la continuación de la actividad política más allá del ámbito de la organización estatal y de la asignación de funciones organizativas a los actores económicos. Esta aproximación a la gobernanza global como un proyecto ideológico y político, permite enfatizar el carácter instrumental de los mecanismos de gobernanza, los cuales se encuentran dirigidos a expandir el modelo de Estado nacional democrático, el mercado capitalista global y los principios del liberalismo en la sociedad civil.

Susanne Soederberg (2006), por su parte, propone el método del materialismo histórico para articular su crítica a la gobernanza global, considerándola como la `superestructura´ de la globalización económica. Desde esta perspectiva, los procesos de gobernanza global son entendidos como la contraparte política del proceso de expansión del capitalismo en su fase neoliberal. Soederberg argumenta, que los principios del neoliberalismo se han vuelto parte de un nuevo `sentido común´, por lo que, tanto la globalización económica como la gobernanza global son frecuentemente consideradas como tendencias seculares que no presentan alternativa alguna (Friedrichs, 2009).

Soederberg busca examinar cuáles son las contradicciones y relaciones de dominación escondidas en este 'sentido común' neoliberal para arrojar luz sobre la forma en que se ha reestructurado la 'superestructura' política del capitalismo global (2006).

El sistema de gobernanza global, por consiguiente, constituye la base política necesaria para soportar la expansión del neoliberalismo a escala mundial. Lo paradójico, advierte la autora, es que la gobernanza global se pretende encuadrar como herramienta para conciliar las contradicciones inherentes a este proceso (*ídem*). Como se analizó en el apartado anterior, desde las perspectivas normativas la gobernanza global es concebida como la forma ideal para mitigar los efectos negativos de la globalización. Por lo puede ser entendida, a la vez, como causa y efecto de un mismo proceso de expansión capitalista. Una perspectiva muy similar a la de Soederberg se puede encontrar en el trabajo de Paul Cammack intitulado 'The Governance of Global Capitalism: A New Materialist Pespective' (2005).

Finalmente, resulta importante destacar la propuesta de Konrad Späth (2003), quien hace un llamado a politizar el concepto de gobernanza global y liberarlo de sus presupuestos pragmáticos. El autor demuestra que el término de gobernanza global no es un concepto neutro que describe la realidad internacional en una nueva fase de la política mundial, sino que forma parte de un vocabulario normativo más amplio, el cual subraya que los problemas globales pueden ser solucionados a través de la regulación (Lederer y Müller, 2003: 17). Para Späth (2003), el concepto de gobernanza global permite justificar ciertas acciones políticas trasnacionales, mientras busca deslegitimar la política estatal tradicional. En este sentido, considera que el término viene acompañado de un conjunto de argumentos y connotaciones, las cuales forman un discurso dominante que pretende legitimar y promover cierto tipo de políticas y excluir otras (*ídem*).

A través del análisis de este interjuego de legitimación/deslegitimación, Späth busca poner al descubierto las implicaciones políticas del concepto de gobernanza global, el cual es utilizado con frecuencia para promover nuevas formas de organización transnacional en la que los Estados jueguen un papel secundario frente a los actores

privados. El discurso *mainstream* preconiza a la gobernanza global como la solución *par excellence* a los problemas globales, mientras califica a las iniciativas estatales como ineficientes y retrógradas. Späth afirma que dicha conceptualización presta poca atención al tema de la participación de los actores en igualdad de condiciones así como a la legitimidad de los mecanismos de gobernanza (*idem*). Por el contrario, sostiene Späth, la gobernanza global se centra en la capacidad funcional y técnica de las iniciativas, enfocándose principalmente en el *performance* institucional (*idem*). El autor concluye que la gobernanza global 'realmente existente', es un proyecto de cierto modo 'post-político', impulsado una vez que los valores, objetivos y derroteros a seguir, han sido determinados por un conjunto de actores dominantes.

Como puede apreciarse, las perspectivas críticas buscan insertar el tópico de la gobernanza en el contexto más amplio del orden global contemporáneo. Señalan la necesidad de analizar más hondamente el vínculo entre la gobernanza global y el neoliberalismo, lo que resulta fundamental para comprender la naturaleza de los procesos de gobernanza consolidados en las últimas décadas. Este componente crítico es fundamental a la hora de analizar sistemas de gobernanza específicos, para mantenerse atento al rol que juegan los actores dominantes en la creación de los mecanismos de gobernanza global, las relaciones de poder que se desarrollan y las funciones que cumplen las prácticas que emergen de estos procesos.

Sin duda, los cuestionamientos que han realizado las perspectivas críticas a los planteamientos de las aproximaciones descriptivas y normativas de gobernanza global, revelan el carácter conflictivo del debate teórico en el campo. Ello, además de enriquecer la discusión en torno a los proceso de gobernanza, ilumina elementos esenciales respecto a su carácter político. No obstante, a pesar de que estas perspectivas críticas esgrimen argumentos irrefutables, rara vez apoyan su análisis empíricamente. Poco ahondan en los mecanismos internos y el funcionamiento de los diversos sistemas de gobernanza global (SGG) contemporáneos. Su análisis se mantiene en el plano estructural, sin indagar en la dinámica particular de la gobernanza global en áreas específicas. Por ello, en el próximo

apartado se examinará un conjunto de enfoques que pueden contribuir a un análisis más minucioso de la dinámica global actual.

### *Perspectivas sobre los Sistemas de Gobernanza Global*

En la última década han surgido un sinnúmero de valiosas perspectivas que contribuyen a examinar ciertos puntos neurálgicos de los Sistemas de Gobernanza Global (SSG), permitiendo de esta forma ir más allá de las críticas generales a los procesos de gobernanza y profundizar en el funcionamiento de los mismos. Además de iluminar puntos ciegos de desarrollos teóricos precedentes, este conjunto de aproximaciones, permite analizar la complejidad de las interrelaciones entre actores, las características multiniveles de los fenómenos así como la interdependencia y superposición entre los imbricados procesos que se despliegan al interior de los SGG.

El objetivo central de estos enfoques, es esclarecer la dinámica de los SGG contemporáneos, intentando revelar sus características particulares. Esta perspectiva presta especial atención al tipo de vínculos que se desarrollan en los SSG, las relaciones no-lineales que los determinan y los elementos emergentes que nacen de los mismos. Mientras algunos de estos enfoques se centran en las características generales de los SSG, otros profundizan en la interacción de los actores que los componen. A fin de dar claridad al análisis dividiremos estas perspectivas en dos grandes grupos, los cuales son parte fundamental de la base teórica que sustenta esta investigación:

- i. Perspectivas generales sobre lo Sistemas de Gobernanza Global.
- ii. Perspectivas sobre los actores de los Sistemas de Gobernanza Global y su interacción.

En trabajos recientes, James Rosenau ha incorporado el lenguaje de los sistemas complejos a sus desarrollos teóricos sobre gobernanza global. Ello ha dado como resultado una perspectiva renovada de sus planteamientos anteriores y una base

importante para analizar SSG específicos. Bajo esta aproximación, Rosenau (2009) no utiliza el concepto de 'gobernanza global' sino el de 'governanzas globales', enfatizando su propuesta en torno a la imposibilidad de referirse a un único sistema de gobernanza global. Al respecto, el autor argumenta que en una era marcada por la creciente desagregación de la autoridad a todos los niveles, han emergido un sinnúmero de sistemas de gobernanza con características muy variadas y diversas, las cuales deben ser estudiadas de manera específica (*idem*). A medida que los centros de autoridad y decisión se han desagregado y los actores se han multiplicado, las funciones de los procesos de gobernanza se han modificado, es por ello que los SGG han evolucionado de distintas maneras dependiendo del área que se analice. Por esta razón, Rosenau considera que examinar la gobernanza global como algo general, no permite esclarecer la dinámica y particularidad de los procesos de gobernanza que se despliegan en diferentes áreas, incluyendo las cuestiones económicas, sociales, ambientales, energéticas, sanitarias, etcétera.

'There is no dearth of governance on a global scale today. Rather, it is structured differently in different parts of the world and in different issue areas, resulting in a plethora of governances'.

'En la actualidad, no es necesaria una gobernanza en la escala global. Por el contrario, se estructura de diferentes maneras dependiendo de las diferentes regiones del mundo y en diferentes áreas temáticas, dando como resultado una gran cantidad de gobernanzas'.  
(James Rosenau, 2009: 1)

Rosenau plantea que las estructuras de gobernanza global contemporáneas se caracterizan por ser altamente ambivalentes y conflictivas, susceptibles a las cambiantes circunstancias entre el orden y el desorden (*idem*). Para describir este tipo de 'governanzas', Rosenau desarrolla el concepto de 'messiness of governance structures'<sup>2</sup>, el cual refleja una condición inherente a cualquier intento de crear un mínimo de orden en circunstancias complejas y difusas (*idem*). A medida que se incrementa el nivel de desorden en las estructuras de gobernanza y los centros de autoridad proliferan, emergen

---

<sup>2</sup> Hace referencia a estructuras de gobernanza desordenadas, con líneas difusas de autoridad y deficiencias en su efectividad para resolver problemas.



sistemas globales cada vez más desagregados, los cuales plantean diversos retos en términos de su capacidad para abordar los problemas que pretenden solucionar.

Como resultado, los SGG tienden a ser crecientemente frágiles, vulnerables y susceptibles a las condiciones de su medio interno y externo. Este tipo de sistemas están conformados por un gran número de actores, quienes mantienen relaciones intensas entre sí, mientras compiten por recursos escasos, lo que genera un ambiente de conflictividad. Las interrelaciones entre los actores es lo que hace a cada sistema lo que es, por lo tanto, entre más conflictivas e intensas sean dichas relaciones, más complejo será el sistema. Adicionalmente, Rosenau arguye que muchos de los actores de un SGG probablemente participan en sistemas paralelos, incrementando así la dificultad de movilizar esfuerzos cooperativos al interior de los sistemas (*ídem*). Debido a este accionar transversal de los actores, se desdobra un proceso de polinización entre los sistemas de gobernanza, lo cual los hace altamente susceptibles a los intereses de los actores más poderosos en el escenario global. Algunos de los actores, argumenta, buscan utilizar a los SGG como vehículos para impulsar intereses provenientes de otros sistemas o pretenden adaptar mecanismos desarrollados para ciertas áreas en otras. Ello no sólo aumenta la complejidad de los SGG, sino que los hace sujetos a una incertidumbre creciente.

La perspectiva renovada de Rosenau, aunada al lenguaje sistémico, nos brinda elementos importantes para examinar el comportamiento de los SGG como totalidades organizadas. Lo más valioso de la contribución radica en la importancia que atribuye a analizar la gobernanza global de manera plural, es decir, examinando los diversos tipos de 'gobernanzas globales' o de SGG, ya sea sobre una región determinada o sobre asuntos específicos. Asimismo, señala una serie de atributos esenciales que comparten gran parte de los SGG en la actualidad, incluyendo su complejidad, el número creciente de actores que los conforman y la intensificación de las relaciones que mantienen. Lo anterior nos proporciona herramientas fundamentales para desentrañar el funcionamiento de los SGG como entidades dialécticas, determinadas tanto por el orden como por el desorden. Ello permite entrever que los SGG no son estructuras rígidas direccionadas hacia el logro de

objetivos bien definidos e impregnados por relaciones cooperativas. Por el contrario, en sus formas actuales son sistemas conflictivos y ambivalentes, permeados por las características de su entorno y determinados por la interacción continua e intensa entre los actores que los conforman.

Siguiendo una línea de análisis similar a la de las 'gobernanzas globales', James Whitman (2009) desarrolla una perspectiva propia que denomina 'global governance as sector-specific management'. Whitman postula que la mejor manera de examinar la gobernanza global es entendiéndola como un fenómeno aditivo. Centra parte de su análisis en examinar cómo la globalización ha configurado el mundo de manera tal que las problemáticas y asuntos locales no pueden ser entendidos sin examinar su vínculo con la dinámica global (*ídem*). Plantea que los asuntos globales no son más que la suma de resultados acumulativos de actividades que ocurren en la escala local. Ello implica, en términos de gobernanza, que emerjan sistemas de actores que buscan influir sobre temáticas específicas –salud, medio ambiente, agricultura, comercio, transporte, energía, etcétera– pero atravesadas por procesos de van desde el ámbito local hasta el global (*ídem*).

Según Whitman, la mayoría de SGG no persigue un objetivo bien definido y se encuentran determinados por relaciones, tanto conflictivas como cooperativas, entre una gran variedad de actores. Muchos de los sistemas son esencialmente disfuncionales e ineficaces y están repletos de arreglos institucionales deficientes. Algunos otros parecen ser más funcionales pero responden principalmente a los objetivos de los actores dominantes. Sin embargo, es importante reconocer que también se han creado diversos mecanismos de regulación e iniciativas de distintos tipos que han tenido buenos resultados (*ídem*).

Una aproximación sectorial a la gobernanza, permite distinguir las notables diferencias existentes entre los tipos de SGG para analizar, a su vez, la similitud entre los mecanismos y dinámicas creadas en su interior. Para ilustrar este fenómeno, Whitman realiza un análisis comparativo entre el 'sistema de gobernanza global en salud' y el

‘sistema de gobernanza global en alimentos’. Este análisis permite observar que los dos sistemas tienen similitudes importantes y se influyen mutuamente. Ante ello Whitman plantea que:

The boundaries of sectorial governance are not all permeable to the same degree; and those which have human security as either an explicit goal or an implicit remit –such as food and health– are more likely to be impinged upon by others’.

‘Los límites de la gobernanza sectorial no son permeables en el mismo grado, aquellos sistemas que se centran en la seguridad humana ya sea como un objetivo explícito o implícito –como la alimentación y la salud–son más propensos a verse afectados por los otros sistemas’.  
(Whitman 2009: 156)

Su trabajo no sólo refleja la forma en que se interrelacionan los sistemas, sino la complejidad inherente que los determina. Según Whitman, no existe en el interior de los sistemas una estructura de funcionamiento que manifieste orden y coherencia, por el contrario, parecen ser escenarios conflictivos en donde la lucha por recursos se convierte en el asunto central. En general, muchos de los mecanismos creados se traslapan, las iniciativas se duplican y los actores dominantes tienden a influir desproporcionalmente sobre las líneas de acción.

Como puede observarse, la perspectiva de Whitman complementa el enfoque de Rosenau, al proporcionar elementos para analizar de manera más puntual los SGG que se han consolidado alrededor de asuntos particulares. Adicionalmente, su preocupación por desentrañar tanto los aspectos positivos como negativos de cada sistema, nos permite entender a qué nos referimos, en la práctica, cuando hablamos de orden y desorden al interior de los sistemas. Para Whitman resulta imprescindible reconocer, que a pesar de ser sistemas conflictivos y complejos, los resultados que producen varían de sistema a sistema así como dentro del propio sistema. Ello permite concebir a los SGG como complejos dialécticos marcados por una dinámica intensa de relaciones conflictivas y ambivalentes entre actores de distintas características.

Este análisis proporciona un marco analítico más favorable para examinar sus movimientos e identificar sus propiedades, ya que permite enfocarse en el carácter

relacional de los SGG, prestando particular atención a la heterogeneidad de los actores que los componen y en la manera cómo interactúan. Al plantear que los procesos de gobernanza global no pueden ser examinados de manera general sino haciendo referencia a sistemas de gobernanza específicos, esta perspectiva invita a emprender análisis más sistemáticos de las características y diferencias entre sistemas, evitando así la tendencia a generalizar sobre los procesos de gobernanza global.

Los desarrollos teóricos de Rosenau y Whitman resultan fundamentales para esta investigación, ya que proveen un marco analítico favorable para el análisis del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS). Los planteamientos de estos autores permiten enfocarse sobre el carácter relacional de los SGG, prestando particular atención a la heterogeneidad de procesos que los atraviesan y a la intensa interacción que se desarrolla en su interior. Su perspectiva no sólo facilita el análisis de las características del Sistema como totalidad organizada, sino que incita a examinar los procesos de gobernanza que se despliegan al interior del SGGS. En suma, permiten identificar aspectos centrales de la dinámica de los SGG, más allá de las prácticas y los actores que lo conforman. Sin embargo, para complementar estos marcos teóricos y guiar la investigación empírica, es importante tomar en consideración otro grupo de perspectivas que contribuyen a esclarecer los tipos de actores, los niveles en los que se desenvuelven y su interacción en el Sistema.

### *La interacción de los actores de los Sistemas de Gobernanza Global*

A pesar de que las perspectivas sistémicas son fundamentales para el análisis de la Gobernanza Global en Salud (GGs), es necesario contar con enfoques teóricos que enfatizan tanto las características de los actores como la interacción de los mismos en su conformación como sistema. Para ello se abordarán algunas perspectivas teóricas que a partir de diferentes enfoques, destacan la importancia de los análisis sistemáticos de los actores y de sus interacciones. Comenzaremos con el trabajo de Matthias Finger (2003), quien presenta una novedosa propuesta desde la perspectiva de la teoría de la

organización, buscando enfatizar en aspectos institucionales y organizacionales de la gobernanza global. Finger sostiene que los procesos que conlleva la globalización, ejercen una fuerte presión tanto sobre los Estados nacionales como sobre las instituciones interestatales, de manera que éstos deben reorganizarse a través de una reestructuración continúa. Arguye, que a partir de estos procesos de reestructuración, emergen nuevas formas de organización –procesos de gobernanza global– en las que algunos actores obtienen más beneficios que otros y nuevos actores entran en escena (*ídem*).

Para Finger, existen tres categorías principales de actores globales: los Estados nacionales, las ETNS y las organizaciones no gubernamentales (ONGs). La gobernanza global, por consiguiente, debe ser entendida como un conjunto de instituciones, compuesto de diversas organizaciones, las cuales no tienen suficiente poder para ‘gobernar’ de manera autónoma (*ibíd.*: 179) y por lo tanto necesitan crear diferentes tipos de mecanismos que les permitan avanzar sus intereses. El resultado es la emergencia de múltiples sistemas de gobernanza global plurales y heterogéneos que van consolidándose alrededor de temáticas específicas. Estos procesos se encuentran marcados por una complejidad creciente debido a la gran cantidad de actores y mecanismos que participan en los mismos.

Desde esta perspectiva teórica, un paso ineludible para explorar la dinámica de los SGG, es examinar en profundidad a aquellos actores que conforman los sistemas así como la comprensión de sus respectivos intereses, objetivos y estrategias. Ello constituye una estrategia metodológica necesaria para esclarecer las relaciones de poder que se establecen entre los actores y para explorar los mecanismos que accionan para avanzar sus objetivos, es decir, los diversos *institutional arrangements* que se establecen al interior de los SGG (*ídem*). Para dar un ejemplo en torno a ello, Finger considera la emergencia y evolución de las famosas Alianzas Público-Privadas (APPs) dentro del marco de la gobernanza global. Este tipo de alianzas crecen y se multiplican a través de diversas áreas temáticas. En su mayoría, estas alianzas son estructuras flexibles abiertas a la participación de múltiples actores y enfocadas sobre objetivos prácticos y aparentemente

neutrales. Con frecuencia se hace referencia a estas alianzas transnacionales entre actores públicos y privados, como modelos eficientes de coordinación para impulsar programas específicos.

Al examinar en profundidad el papel central que juegan los actores privados al interior de las alianzas –en particular las ETNs y las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIS)– se advierte que más allá de eficiencia, se encuentra la necesidad de buscar nuevas fuentes de financiamiento. Su popularidad no se debe a que sean mecanismos efectivos para resolver problemas de manera cooperativa, sino a que representan estrategias de adaptación resultantes de presiones financieras a las que están sometidos los Estados y las Ois (*ídem*). A través de estos mecanismos, los actores privados logran impulsar sus intereses en áreas que tradicionalmente fueron terreno de actores públicos, este es un ejemplo de cómo los nuevos arreglos institucionales, no necesariamente derivan en resultados positivos y responden a una lógica de cooperación entre actores. Los nuevos arreglos institucionales, son más bien producto de la adaptación de los actores ante la competencia por recursos y de la necesidad de los actores privados por participar en los procesos de toma de decisión en áreas en donde sus intereses se ven afectados.

Por otro parte, Finger también ofrece las herramientas analíticas necesarias para examinar el terreno poroso y conflictivo de la gobernanza global, a través de un estudio de caso en torno a los cambios que ha sufrido en los últimos años la ONU. Para indagar en este asunto, el autor realiza un paralelo entre las transformaciones que han acontecido a nivel de los Estados nacionales en las últimas décadas y en las transformaciones que han sufrido diversas agencias del sistema de la ONU. Según su perspectiva, las problemáticas que emergen actualmente –sean de carácter económico, social o ambiental– son por naturaleza cada vez más globales y difíciles de abordar. En este sentido, la globalización ha planteado una serie de retos a los Estados y a las Ois en diversas dimensiones –presiones financieras, problemas de legitimidad, de competencia y de instrumentalización–, lo que ha dado lugar al surgimiento de numerosos e influyentes actores no-estatales (*ídem*).

Ello ha implicado que los Estados dejen de ser 'las unidades óptimas para la solución de problemas colectivos' y que los actores privados entren en acción. Los Estados reaccionan tendiendo a abandonar sus funciones distributivas y productivas, centrándose básicamente en la mantención del orden legal y en garantizar como *quid pro quo* los principios del libre mercado. Paulatinamente, han sido empujados a reorganizarse bajo los principios de la nueva administración pública –descentralizando sus operaciones y volviéndose altamente tecnocráticos–. Lo anterior, sostiene Finger, deriva en lo que él llama el 'Estado instrumental', el cual se organiza al servicio de los intereses de los actores dominantes del escenario global, es decir, de los intereses de las ETNs (*idem*).

De manera paralela, en el ámbito internacional, al interior de las organizaciones intergubernamentales ocurre algo muy similar, por ejemplo, las funciones de las diversas agencias de la ONU orientadas al desarrollo social disminuyen debido a la falta de recursos para su financiamiento, mientras que cuestiones enmarcadas en el discurso de la 'seguridad' cobran una relevancia creciente (*idem*). Este fenómeno es un ejemplo de la polinización entre SGG ya que permite ver la forma en que el discurso de la seguridad es utilizado en diversas áreas que hasta ahora se habían mantenido ajenas al tema, como la salud o las problemáticas ambientales. Estas transformaciones son las formas en que los SGG se adaptan para captar atención y recursos, enmarcando sus intereses en nuevos discursos que resultan más atractivos para las fuentes privadas de financiamiento.

Igualmente, ante la presión de las ETNs –las cuales han logrado sutilmente permear a las organizaciones intergubernamentales–, las nuevas iniciativas de desarrollo social se impulsan en conjunto con poderosos actores privados, que influyen de manera definitiva en el tipo de programas que se ejecutan. A partir de su análisis, Finger concluye que las ETNs se han convertido en los actores preponderantes de los SGG y que su influencia sobre los mismos dificulta crecientemente los esfuerzos de los Estados y las OIS por regular sus actividades (*idem*). En este sentido, argumenta:

‘The actors who will have it their way are the ones who are best capable of pulling the strings (...) of course, some actors are better positioned than others to play these ‘network games’. This is particularly the case of transnational corporations who command significant resources and have the potential to influence some of the global governance networks’ key actors, such as the United Nations and the Bretton Woods institutions’.

‘Los actores que se saldrán con la suya son los que sean más hábiles para controlar las cuerdas (...) Por supuesto, algunos actores están mejor posicionados que otros para moverse en estos ‘conjuntos de redes’. Este el caso de las empresas transnacionales que tienen recursos significativos y el potencial para influir sobre algunos de los principales actores globales de las redes de gobernanza, tales como las Naciones Unidas y las instituciones de Bretton Woods’.

(Finger, 2003: 188)

El análisis de Finger destaca un sinnúmero de factores fundamentales a considerar sobre los SGG, al tiempo que permite explorar las sombrias relaciones existentes entre las ETNs y las OIS así como las estrategias de las ETNs para influir en los procesos de toma de decisión en el escenario global; además, permite observar las consecuencias de los procesos de reestructuración que han acontecido en el contexto de globalización. Sin embargo, lo más valioso de esta perspectiva es que facilita dilucidar la interacción que existe entre los diversos actores y los intereses que impulsan, proporcionando las herramientas necesarias para analizar la adaptación estratégica de los actores al interior de los SGG.

Otra de las perspectivas que vale la pena resaltar, es la proporcionada por Tony Porter (2009) quien analiza la configuración de las relaciones entre la actividad estatal y no-estatal. Su enfoque plantea la necesidad de comprender a los actores –estatales y no-estatales– no como entidades unificadas, cerradas y auto-dirigidas, sino como entidades permeables que se desplazan en un mundo de prácticas y significados compartidos. Para ello, Porter propone el concepto de ‘*assemblage*’, de manera que sea posible capturar el carácter fluido de una red de relaciones discontinuas entre instancias con autonomía parcial (*idem*).

Bajo la noción de *assemblage*, Porter busca examinar, la manera en que los actores –estatales y no-estatales– se redefinen continuamente a través de los vínculos y nexos



que establecen entre sí, haciendo cada vez más difusa la línea entre lo público y lo privado. El autor plantea, que los diferentes actores de la gobernanza global –los Estados, las empresas y las organizaciones de la sociedad civil– son entes porosos desagregados y con límites poco claros, que deben ser analizados a través de los diferentes arreglos institucionales y demás iniciativas en las que participan (*ídem*). Porter argumenta que los *assemblage* globales, están conformados por nuevos *entanglements*, es decir, por arreglos institucionales que surgen a nivel estatal, internacional y transnacional en donde los actores no-estatales –desde ONGs locales hasta las ETNs– cobran un papel cada vez más relevante. Examinar los diferentes *entanglements*, constituiría así la clave para explorar las relaciones entre los actores que participan en los SGG.

Al respecto, Porter arguye que la gobernanza global no puede ser entendida a cabalidad sin explorar a profundidad las relaciones entre actores estatales y no-estatales, es decir, la imbricación entre lo público y lo privado. Ello constituye un paso ineludible para entender la dinámica de los SGG y sistematizar la información sobre los mismos. Por lo tanto, es necesario analizar la forma en que los diferentes actores han entrado a formar parte de instituciones mixtas público-privadas en el nivel transnacional

Lo más valioso de la perspectiva de Porter, más allá de los conceptos que desarrolla y la tipología que propone, es la importancia central que atribuye al análisis de los nuevos arreglos institucionales, así como la imbricada relación que existe entre la esfera pública y privada dentro de los procesos de gobernanza. Dicho enfoque permite esclarecer las relaciones entre los diferentes actores, demostrando de qué manera la mayoría de iniciativas en las que éstos participan son un terreno mixto en donde lo público y lo privado se fusiona. Ello, no sólo facilita trascender los análisis de los actores de la gobernanza global como entidades cerradas y autónomas, sino que brinda las herramientas para explorar su carácter permeable y en la forma en que se interdefinen y relacionan los unos a los otros.

Para los fines que persigue esta investigación, los aportes teóricos de Finger y Porter constituyen una base importante para analizar la interrelación de los actores del

SGGS así como los elementos mixtos que emergen de esta dinámica relacional, en el entendido de que resulta fundamental entender a los actores del Sistema como entidades abiertas en constante recepción de ideas y recursos de otros actores. Igualmente, es importante comprender cómo las relaciones entre éstos han dado lugar al surgimiento de numerosas Alianzas Público-Privadas en salud, en las que participan una gran diversidad de actores, incluyendo Estados, OIS, FFIS, ETNS, ONGs internacionales y locales, entre los más relevantes. Dichas Alianzas constituyen hoy día la forma más común de intervenciones en materia de salud a nivel global, en el contexto contemporáneo rara vez se logra identificar un programa que sea financiado o ejecutado por una sola entidad. La gran mayoría de iniciativas en salud son realizadas a través de consorcios en los que participan numerosos actores con características muy disímiles. Por lo tanto, partir de estos planteamientos teóricos que reflejan el carácter heterogéneo y poroso de los procesos de gobernanza, constituye un avance importante en términos de la investigación empírica.

Otra perspectiva notable en torno al tema de los actores –igualmente de gran utilidad para la presente investigación– es la que desarrollan Basak Cali y Ayca Ergun (2003). Estos autores se enfocan en examinar el vínculo global-local, analizando la relación entre la gobernanza global y la política interna por medio del estudio de los nexos entre ONGs locales y las prácticas de gobernanza global. El objetivo de su trabajo, es indagar la manera en que las prácticas de gobernanza global, moldean y transforman a los actores y a los contextos locales. Ello constituye un aspecto primordial a la hora de analizar el funcionamiento del SGGS, ya que permite permanecer atentos a los vínculos entre actores que atraviesan diversos niveles. Los procesos de gobernanza en salud siempre tendrán un impacto local, lo que hace ineludible considerar las relaciones entre los actores pertenecientes a distintos niveles.

Cali y Ayca Ergun (2003), advierten que mientras los actores ubicados en el nivel internacional se encargan de configurar los discursos, establecer los lineamientos y diseñar los programas de acuerdo a sus intereses, los actores locales cumplen el papel de implementadores. La relación entre estos dos ámbitos, sin embargo, no es una relación

lineal de causa-efecto, por el contrario, es una relación que se articula en múltiples dimensiones a través de diferentes patrones de persuasión y coerción (*ídem*). En su trabajo, estos autores señalan un conjunto de indicadores que deben ser tomados en cuenta para analizar esta relación, dentro de los cuales incluyen: las formas de imposición o aceptación voluntaria de los lineamientos, la naturaleza de la tensión entre las prioridades de las organizaciones internacionales y las preferencias locales, y la posición de las elites locales frente a los proyectos internacionales (*ídem*).

A pesar de que el análisis de Cali y Ergun se limita al área específica de la gobernanza global en derechos humanos, en términos generales lo que resulta interesante de esta perspectiva es que hace explícita la importancia de analizar las prácticas de gobernanza global, tomando como punto de partida los efectos que éstas tienen sobre escenarios locales específicos. Esta propuesta tiene gran valor, sobre todo cuando gran parte de los estudios de gobernanza global, se restringen a desentrañar la naturaleza de la interacción entre los actores de los SGG, olvidando la importancia de examinar los resultados que derivan de esas interacciones. El interés de estos investigadores es analizar cómo se expresa la gobernanza global de manera concreta en la realidad social, así como las formas en que se desarrolla la relación entre actores transnacionales, nacionales y locales. Resulta imprescindible, por lo tanto, utilizar las herramientas analíticas que proporcionan sus trabajos para ilustrar las formas en que las prácticas de gobernanza global impactan sobre contextos locales particulares.

Por último, mencionaremos la perspectiva de Barnett y Duvall, quienes se aproximan a la gobernanza global tomando como piedra angular la categoría de poder para analizar las relaciones entre los actores. Estos autores sostienen que la atención que ha recibido el concepto y los procesos de gobernanza global en la última década, no se ha visto acompañada de consideraciones necesarias sobre el ejercicio del poder en los diversos SGG (2005). Para ellos, no es posible analizar los SGG sin comprender primero las diferentes relaciones de poder originadas entre los actores que forman parte de los mismos (2006), ya que:

‘Governance involves the rules, structures and institutions that guide, regulate, and control social life, features that are fundamental elements of power. To account for how global activities are guided and how world orders are produced, therefore, requires careful and explicit analysis of the working of power’.

‘La gobernanza abarca normas, estructuras e instituciones que orientan, regulan y controlan la vida social, características que son elementos esenciales del poder. Para dar cuenta de cómo las actividades globales son guiadas y como se produce el orden mundial, se requiere, por lo tanto, un análisis cuidadoso y explícito de la dinámica del poder’.

(Barnett y Duvall, 2005: 2)

El objetivo de esta aproximación a la gobernanza global, es ofrecer una nueva conceptualización del poder que logre exponer las diferentes maneras en que éste se expresa en la política global y demostrar cómo estas formas se conectan e intersectan con los procesos de gobernanza (*ídem*). Barnett y Duvall proponen una aproximación multidimensional al análisis del poder, identificando cuatro formas principales del mismo: el poder por compulsión, el poder institucional, el poder estructural y el poder productivo.

- i. El *poder de compulsión* se refiere a las relaciones de interacción que permiten que un actor tenga el control directo sobre otro.
- ii. El *poder institucional* alude al momento en que los actores ejercen indirectamente el control sobre los demás a través del diseño de instrumentos internacionales a partir de los cuales logran ventajas en su propio beneficio.
- iii. El *poder estructural* hace referencia a la constitución de capacidades e intereses de los actores en relación directa con los demás.
- iv. El *poder productivo* se refiere a la difusión social de la subjetividad en los sistemas de sentido y significación (*ídem*).

Esta tipología no solo nos permite concentrarnos en la forma en la que se articula el poder en las relaciones entre los actores de los SGG, sino que facilita el análisis de los entrecruzamientos de las diferentes dimensiones de poder dentro de la gobernanza global. Este tipo de herramientas analíticas permiten trazar el mapa de las relaciones de poder que se desarrollan entre los actores de los SGG en múltiples dimensiones. Para ello, resulta necesario examinar cómo los mecanismos e instituciones de gobernanza global,

moldean las actuaciones de los actores y generan patrones de comportamiento similares en contextos locales disímiles (Sending y Neumann, 2006). Por ello, es importante evaluar la forma en que ciertos actores –estatales y no-estatales– utilizan las instituciones e instrumentos internacionales para impulsar sus intereses directa e indirectamente.

En el contexto actual, a medida que decrecen los aportes gubernamentales, un gran número de agencias de desarrollo –incluyendo organismos del sistema de la ONU– dependen del financiamiento de actores no-estatales como las FFIS, las ETNS y las APPS que a través de enormes flujos financieros mantienen los niveles de ingreso de múltiples organizaciones internacionales pertenecientes a diversos sectores. Esta situación ha derivado en que los actores privados aumenten sustancialmente su nivel de influencia en distintas dimensiones. Por lo tanto, resulta fundamental, analizar detalladamente las cadenas de financiamiento que se forman dentro de los SGG, a fin de esclarecer la manera en que se interdefinen los diversos actores y sopesar así su influencia en el Sistema como totalidad.

Por ello, en esta investigación se prestará especial atención al tema del financiamiento dentro de los SGGs, con el objetivo de trazar diversas relaciones de poder establecidas en torno a las fuentes de financiamiento. Ello permitirá mapear las intrincadas redes de flujo de recursos económicos entre los actores del Sistema e identificar así a los actores dominantes, debido a que, de manera recurrente, los actores en mejor posición económica influyen de manera decisiva en áreas estrategias como el establecimiento de la agenda del Sistema y en el tipo de programas que se impulsan así como en el accionar del resto de los actores.

De acuerdo con la exposición de este capítulo, podemos concluir que la gobernanza global representa un campo de estudio de gran envergadura, el cual ofrece un potencial promisorio para abordar problemáticas globales de diversa índole. Aunque en un principio el desarrollo teórico estuvo cooptado por el debate entre posiciones *mainstream* y reformistas, en su evolución surgieron diferentes perspectivas que permitieron reflexionar, de manera más crítica, acerca de los procesos de gobernanza

global que se han venido desplegando en las últimas décadas. Los ejemplos precedentes demuestran el potencial explicativo del concepto de gobernanza, así como la riqueza que promete para ampliar nuestra comprensión del orden global contemporáneo.

## CAPÍTULO 2: LA GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD

*'A revolution in global health governance has been underway during the past ten to fifteen years, with vigorous challenges to the legacy inherited from the Cold War. This revolution increased the number of formal and informal institutions engaged with global health, produced an explosion in the number and type of actors seeking to influence global health outcomes, generated new regimes and initiatives on global health problems, witnessed unprecedented increases in funding, and raised the profile of health in foreign policy. The revolution also raised the visibility of social determinants of health, while revealing the inadequacy of existing health governance in addressing them'.*

*David Fidler*

En la actualidad, la Gobernanza Global en Salud (GGs) es un área de investigación a la que se le otorga una atención prominente dentro de los estudios de gobernanza global. Las numerosas aproximaciones que han surgido en torno a este campo durante la última década, han fecundado un importante debate académico e institucional, el cual se ocupa principalmente de examinar la efectividad de los esfuerzos de gobernanza en el ámbito de la salud. Este debate no sólo se ha expandido aceleradamente a través de un gran número de publicaciones académicas, sino que también ha permeado diversos espacios institucionales en el escenario internacional. Ello se debe en parte a que en los últimos doce años ha habido un aumento sin precedentes tanto en la cantidad de organizaciones y programas, como en los niveles de financiamiento dirigidos a tratar problemáticas sanitarias. Como en la década de los noventa las cuestiones ambientales se convirtieron en el foco de atención de un sin número de instituciones, especialistas y movimientos sociales, en los primeros años de este milenio, las problemáticas de salud han cobrado un auge comparable. La salud no sólo se ha convertido en un tema muy destacado dentro de la agenda internacional contemporánea, sino que numerosos actores, tanto públicos como privados, han intensificado su injerencia en el campo.

Históricamente, el locus de la gobernanza en salud se ha situado a nivel nacional y subnacional, debido a que los Estados solían ser los principales responsables de proveer

servicios de salud para su población y prevenir los brotes epidémicos (Dodgson, 2002). No obstante, en las últimas tres décadas dicho locus se ha ido trasladado al ámbito regional y global, complejizando de manera considerable la forma en que se tratan los asuntos relacionados con la salud poblacional. Ello ha abierto una enriquecedora discusión en torno a los actores y mecanismos involucrados en su abordaje. Se considera entonces, que el antiguo régimen de gobernanza internacional en salud, centrado en el ámbito Estatal e intergubernamental, ha evolucionado hacia un complejo Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS), el cual empieza a desarrollarse a partir de los años ochenta del siglo xx en el contexto de la globalización neoliberal.

La estructura de este capítulo sigue dos ejes analíticos principales, el propósito es exponer los principales enfoques y debates que se han desarrollado en la última década en torno al campo específico de gobernanza global en la salud, para luego examinar la evolución de la GGS contemporánea desde una perspectiva histórica. En el primer apartado se realizará un análisis sintético de las perspectivas más relevantes en el área, haciendo especial hincapié en aquellas que, desde el punto de vista de esta investigación, proporcionan las herramientas analíticas más sólidas y relevantes. A partir de ello, se presenta un recapitulado sobre las perspectivas teóricas expuestas en estos capítulos, a fin de ofrecer un encuadre teórico para la presentación de la investigación histórica. En el segundo apartado se explorará la evolución de la GGS, haciendo énfasis en la transición de la gobernanza internacional a la gobernanza global en salud.

### **Perspectivas teóricas de la Gobernanza Global en Salud**

En el presente apartado exploraremos las propuestas teóricas más relevantes y los trabajos más representativos del campo específico de la Gobernanza Global en Salud (GGS). El objetivo es ofrecer un panorama general del desarrollo teórico actual sobre las problemáticas de salud en el orden global contemporáneo. Conviene tener presente que gran parte de estas aproximaciones se enfocan sobre cuestiones o procesos específicos de



la GGS y que sólo algunas, de corte más holístico, presentan construcciones analíticas orientadas a esclarecer la dinámica del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) como totalidad. Resulta imprescindible que el lector se mantenga atento a la complementariedad de estas contribuciones con las expuestas en el primer capítulo de este trabajo, debido a que la importancia de estas perspectivas radica en su potencial de articulación con el resto.

Al ser un campo de investigación relativamente nuevo, la mayoría de las aproximaciones que se presentan a continuación han emergido durante la última década. A pesar de ello, la variedad de propuestas y la diversidad de su contenido, es bastante amplio. Dentro de las primeras perspectivas se ubican aquellas que surgieron entre los años 2000 y 2003, estos análisis tienen un carácter principalmente exploratorio que nos permiten conceptualizar la idea de GGS e identificar los actores relacionados al campo y los mecanismos de gobernanza creados hasta entonces. En los años posteriores, comienzan a surgir perspectivas de carácter más integral, dirigidas sobre todo a explorar la dinámica del Sistema, la interacción entre los actores y los motivos de su disfuncionalidad.

En 2007, con la creación de una revista académica dedicada especialmente a la temática –`Global Health Governance Journal´– se logra sistematizar una gran variedad de información dispersa en torno al campo y se hace más sencillo identificar el surgimiento de nuevas líneas de investigación en el área. A partir de 2009, se inicia la publicación de importantes trabajos académicos desde la perspectiva de la Economía Política Internacional, los cuales brindan una mirada renovada y crítica al campo, arrojando luz sobre la relación entre el SGGS y el entorno económico y político en el que se encuentra inmerso.

La mayor parte de los analistas dedicados a examinar el actual SGGS coinciden en afirmar que el Sistema se ha expandido de manera acelerada en las últimas dos décadas y reconocen que una gran cantidad de actores heterogéneos confluyen en su escenario, promoviendo intereses y objetivos disimiles. De igual manera, consideran que la cooperación internacional y el financiamiento transnacional dirigido hacia problemáticas de

salud han aumentado exponencialmente. A pesar de ello, coinciden también en subrayar las deficiencias de los numerosos arreglos institucionales que lo conforman así como los pobres resultados obtenidos en materia de salud a nivel global.

En términos generales, el Sistema es percibido como un campo disfuncional, carente de objetivos consensuados e incapaz de solucionar las problemáticas de salud más urgentes a nivel global. A pesar de estas coincidencias, las explicaciones que los diferentes autores brindan ante este panorama y las soluciones que proponen son diversas y con frecuencia contradictorias. A continuación analizaremos algunos de los enfoques principales divididos en dos grandes grupos –reformistas y críticas– tomando en cuenta como conciben al Sistema y las explicaciones que brindan a las problemáticas que presenta.

#### *Perspectivas reformistas: la reestructuración de la arquitectura institucional*

En los últimos años han surgido un número importante de perspectivas analíticas, desarrolladas por autores provenientes de diversas disciplinas, que consideran que la disfuncionalidad del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) contemporáneo así como los pobres resultados que presenta, son consecuencia de la inadecuada arquitectura institucional que lo conforma. Estas aproximaciones señalan que la globalización económica ha minado de tal manera la capacidad de los países para responder a las problemáticas de salud, que ha sido necesaria la consolidación de un ‘complejo’ de gobernanza global en salud en el que participen cooperativamente múltiples actores. Desde su perspectiva, en la medida en que este complejo de gobernanza funcione de manera más eficiente y sistemática, se podrá desarrollar mejores mecanismos y prácticas dirigidos a abordar los problemas de salud pública a nivel global.

Argumentan que la consolidación de arreglos institucionales de distinta naturaleza puede facilitar a los actores internacionales y transnacionales aliarse con los gobiernos y

otros actores locales para responder a las problemáticas de salud de manera eficiente. Según esta dinámica, el papel del Estado no desaparece, ni se hace redundante, simplemente debe tomar un nuevo lugar dentro de un SGGs más amplio (Dodgson *et al.*, 2002). En términos generales, dicho Sistema se puede conceptualizar como un conjunto de instituciones, mecanismos e iniciativas puestos en acción, del ámbito global al local, para dar solución a las cuestiones de salud en el contexto de la globalización.

Para Fidler, la GGS es el uso que hacen los Estados, las organizaciones intergubernamentales, los actores no-estatales, las instituciones –formales e informales–, las reglas y los procesos existentes para hacer frente a los retos que plantean los asuntos de salud que requieren ser abordados a través de la acción transfronteriza colectiva (2010: 3). La GGS, por lo tanto, incluye todas aquellas iniciativas, medios y esquemas organizativos, dirigidos a abordar los problemas de salud pública que se despliegan en el ámbito transnacional (Dodgson *et al.*, 2002). Este tipo de gobernanza, puede ser de carácter público o privado –o una combinación de los dos– y ejercida por una gran variedad de agentes, incluyendo actores transnacionales, internacionales, regionales, estatales y locales.

Fidler (2010) postula que en los últimos quince años se ha llevado a cabo una ‘revolución’ en materia de GGS. Esta revolución ha comprendido un incremento exponencial en el número de instituciones involucradas en cuestiones de salud global, la creación de un amplio rango de regímenes en torno a la salud, el crecimiento sin precedentes del financiamiento en materia de salud y la creciente influencia de activistas, políticos y filántropos interesados en el área (*ibíd.*: 5). A pesar de esta ‘revolución’ y del destacado lugar que han tomado los temas de salud en la agenda internacional actual, la crisis sanitaria internacional es cada vez más latente. La mayoría de estas perspectivas reconocen que el SGGs existente, es tan complejo y cuenta con tal variedad de actores, que no logra desempeñarse de manera funcional para lograr los objetivos que se propone. Los mecanismos de acción colectiva que se han creado al interior del complejo, no han derivado en un sistema de gobernanza coordinada en todas las áreas de interés.

En efecto, el panorama actual del Sistema deja entrever un complejo de gobernanza insuficiente e ineficiente, parece ser un terreno tan caótico y contradictorio, que diversos autores consideran que es el principal responsable de los malos resultados en materia de salud pública a nivel global (*ídem*). Los numerosos arreglos institucionales que lo conforman y la falta de objetivos consensuados, generan un alto nivel de desorganización en el ámbito programático, el cual no permite avanzar en la construcción de un Sistema más responsivo y coherente. A pesar del aumento en los fondos que se destinan para las iniciativas en salud a nivel global, existe una notable falta de coordinación entre los programas así como una carencia de mecanismos de transparencia y evaluación (Sridhar *et al.*, 2009). De esta manera, se ha consolidado un complicado escenario de gobernanza, compuesto por regímenes que compiten y se superponen, los cuales involucran a múltiples instituciones que buscan abordar diferentes problemáticas de salud desde sus propios enfoques (Fidler, 2010).

Al ser el SGGs contemporáneo un sistema por naturaleza *ad hoc*, no cuenta con una estructura bien definida y depende principalmente de los presupuestos anuales de los gobiernos de países en desarrollo y de la `buena voluntad´ de las empresas privadas (Dodgson *et al.*, 2002). Las principales estrategias, promueven programas de carácter vertical, enfocados en las preferencias de los donantes más que en las necesidades y prioridades de cada país. Las iniciativas existentes alimentan una `industria de ayuda´ fragmentada y laberíntica que no logra cumplir con las escuetas metas que se propone (Sridhar *et al.*, 2009). Entre las principales carencias se encuentran: la incapacidad de producir una respuesta efectiva a las amenazas que plantean diversas problemáticas de salud global, la falta de implementación de tratados internacionales en materia de salud y la incapacidad para promover la construcción de sistemas de salud pública en los países en vías de desarrollo (Fidler, 2010). Dentro de los principales problemas identificados se señalan: la existencia de una gran cantidad de iniciativas que se traslapan, el debilitamiento de las estrategias nacionales públicas de salud a favor de las prioridades y la implementación impulsada por las fuentes de financiamiento privado y la falta de transparencia e información sobre las actividades que se realizan (Sridhar *et al.*, 2009).

Al respecto, algunos autores consideran que la solución a este sombrío panorama consiste en reformar el Sistema, es decir, redefinir sus objetivos y construir mecanismos para canalizar apropiadamente el financiamiento y sistematizar las acciones de los actores de manera que puedan actuar cooperativamente siguiendo líneas de acción consensadas. Otros sin embargo, advierten que tan sólo llegar a un acuerdo sobre los objetivos a seguir resultaría una tarea titánica, tomando en cuenta que gran parte de los actores tienen intereses contrapuestos y prefieren mantener su autonomía de acción. Si bien han surgido en la última década interesantes propuestas respecto al establecimiento de mecanismo de coordinación entre los actores, plantear una estructura unificada de gobernanza no parece ser lo más acertado. No obstante, vale la pena examinar algunas propuestas que se han realizado por la vía reformista.

Dodgson junto a otros autores (2002), por ejemplo, advierten que se requiere un tipo de gobernanza cimentada en la acción colectiva que cree un balance entre los intereses de los distintos actores para que se consolide un Sistema que garantice la transparencia y rendición de cuentas. La prioridad en este sentido, consiste en que se llegue a cierto grado de consenso acerca de los principios morales y éticos que deben definir la cooperación global en salud (*ibíd.*: 22). Adicionalmente, consideran que es necesario identificar las capacidades de liderazgo y autoridad de los actores dentro del Sistema, ya que la cooperación en salud ha evolucionado hacia un área poblada por una compleja gama de agentes que se mueven en distintos niveles de decisión política y cuentan con diversos grados de autoridad y recursos (*idem*). Por lo mismo, creen necesario ubicarlos en ciertas categorías y afirman que:

‘In this complex arena of actors, the issue of leadership and authority is a difficult one. As well as setting the normative framework for global health cooperation, leadership can provide the basis for generating public awareness, mobilising resources, using resources rationally through coordinated action, setting priorities, and bestowing or withdrawing legitimacy from groups and causes’.

‘En este complejo escenario de actores, el asunto del liderazgo y la autoridad se torna difícil. El liderazgo puede proporcionar la base para establecer el marco normativo para la cooperación en salud global, así como para generar conciencia pública, movilizar recursos, hacer uso de los recursos de manera racional a través de la acción coordinada, establecer prioridades y otorgar o no legitimidad a los diversos grupos y las causas que impulsan’.

(Dodgson *et al.*, 2002: 21)

En el Gráfico B1, los autores buscan identificar actores clave de la GGS y sus posiciones dentro del Sistema, dividiéndolos en tres niveles operativos. Entre los actores centrales, ubicados en el primer círculo concéntrico, se encuentra el BM y la OMS, ya que representan las principales fuentes de conocimientos y financiación hacia el área de la salud a nivel mundial. En el segundo círculo, se ubican diversos actores –estatales e interestatales–, los cuales ejercen una influencia importante tanto a nivel político como económico sobre los asuntos de salud. Por último, en el tercer círculo, se ubican actores del sector privado, académico y de la sociedad civil, quienes tienen una influencia significativa para determinar tópicos importantes en materia de salud, es decir, que tiene un impacto considerable para establecer objetivos y definir prioridades. Tomando en cuenta esta categorización sería posible construir redes de gobernanza que atraviesen todos los niveles y tengan presentes los intereses de los distintos *stakeholders*.

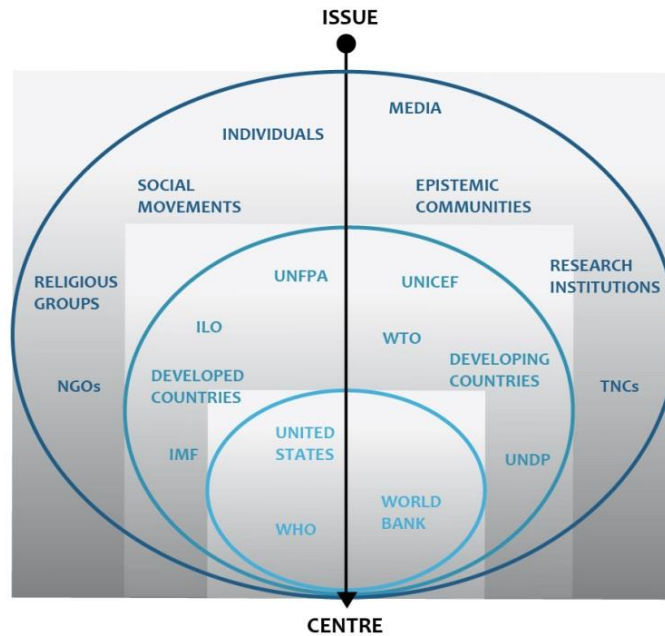


Gráfico B1

Fuente: Dodgson *et al.*, 2002

Por otra parte, otras posturas (Sridhar *et al.*, 2009) proponen que para mejorar la salud pública y la equidad en salud, especialmente en los países en desarrollo, es necesario crear mecanismos de GGS más eficientes, equitativos y sustentables. Realizan entonces una revisión de los tipos de mecanismos existentes, haciendo énfasis en aquellos dirigidos a mejorar la coordinación entre los actores y las iniciativas. Después de un análisis exhaustivo, concluyen que para responder a los retos planteados en términos de salud, el actual sgggs debe basarse en un modelo de funcionamiento flexible e inclusivo, asentado en la cooperación entre actores (*idem*). Proponen un modelo al que llaman 'Partnership framework for global health governance' enfocado en el desarrollo de las capacidades de los sistemas nacionales de salud y en fortalecer los mecanismo de rendición de cuentas de las fuentes de financiamiento. En esta iniciativa

'A Global Health Governance partnership framework model, based on a multi-level, multi-purpose and multi stakeholder perspective where the different layers perform distinct but mutually supportive functions is proposed. The layers can be

'se propone un modelo Marco de asociación en gobernanza global en salud, basado en una perspectiva multi-nivel, multi-sectorial y multi-propósito, a través del cual las diferentes capas realicen funciones distintas pero se apoyen mutuamente.

envisaged as performing several key functions, including summitry-advocacy-coherence, governance-accountability, and technical-operational, and is based on a set of shared values of inclusiveness, democracy, solidarity and equity’.

Las capas pueden realizar varias funciones clave, como concertación-intermediación - coherencia, gobernanza - rendición de cuentas, y soporte técnico - operativo; el sistema debe basarse en un conjunto de valores comunes como la inclusión, la democracia, la solidaridad y la equidad’.  
(*ibíd.*: 18)

En el Gráfico B2 se muestra un esquema del modelo que proponen, incluyendo los cuatro niveles principales, las funciones y los actores que consideran influyentes en cada uno de los niveles.

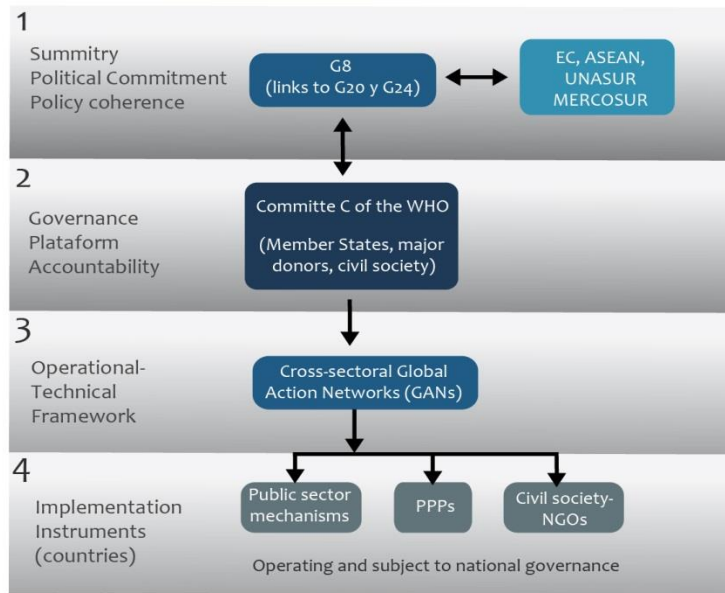


Gráfico B2  
Fuente: Sridhar et al., 2009

Igualmente, Kickbusch y sus coautores (2010) coinciden en señalar que ante el complejo panorama de GGS, la necesidad de coherencia y coordinación entre los actores es ineludible. Consideran que este vacío debe ser llenado por la OMS, siendo la única Organización que cuenta con la autoridad moral para definir los principios, normas y reglas de acuerdo con las cuales los actores, sean estos estatales o no-estatales, deben delinear sus acciones en materia de GGS (*ibíd.*: 551). Estos autores enfatizan en la



necesidad de construir una estructura más sistematizada, por lo que se requiere racionalizar, centralizar y armonizar las estrategias de gobernanza. Plantean que la OMS debe desarrollar una relación fluida y consecuente con los Estados, las organizaciones internacionales, la sociedad civil y el sector privado, lo que les debe permitir desarrollar vías estratégicas de organización. La propuesta se sintetiza en la creación de un mecanismo de coordinación dentro de la OMS, denominado 'Committee C of the World Health Assembly', dirigido a establecer procedimientos de toma de decisión, de transparencia y de rendición de cuentas (*ídem*).

'WHO needs to provide mechanisms and instruments which link the new global health actors to the system of multilateral intergovernmental institutions. This has become necessary because the growth of actors and resources in global health is beginning to show negative effects on the global health system as a whole by creating fragmentation and risky imbalances. Quite simply put, the "invisible hand" no longer ensures that the high number of actors and approaches helps achieve the best results — coherence, transparency, and accountability are called for'.

'La OMS debe proporcionar mecanismos e instrumentos que vinculen a los nuevos actores en salud global, con en el sistema de instituciones multilaterales existente. Esto es una necesidad latente debido a que el incremento en actores y recursos destinados a la salud global, está comenzando a mostrar efectos negativos sobre el sistema global de salud, creando fragmentación y desequilibrio. La 'mano invisible' ya no garantiza que el elevado número de actores y enfoques derive en los resultados, coherencia, transparencia y rendición de cuentas que se requiere'.  
(*ídem*)

Tal como se ha visto hasta ahora, una de las problemáticas más apremiantes que reconocen los diversos autores, es la falta de consenso entre los actores del SGGs. En consecuencia, se hace un llamado a la construcción de un Sistema más cohesivo, plural y mejor estructurado. En general, se plantea que a través de la definición de objetivos comunes, la creación de una nueva arquitectura institucional y el establecimiento de estrategias consensuadas, se podrá avanzar en la creación de un SGGs mejor equipado para enfrentar los retos que plantean las problemáticas de salud a nivel global. Sin embargo, algunos autores ponen en duda si tal reestructuración es de hecho factible. En

este sentido, vale la pena resaltar la perspectiva de Fidler (2010), quien desde la disciplina de las Relaciones Internacionales, cuestiona la posibilidad de rediseñar el Sistema existente. Realiza una analogía con la metáfora de la 'anarquía' en las relaciones entre los Estados nacionales, planteando que el campo de la GGS es un terreno anárquico de 'código abierto', es decir, que no sólo está poblado por actores estatales sino por actores no-estatales que persiguen sus propios intereses y no quieren renunciar a su autonomía (*ídem*).

Para Lee (2009), parte del problema consiste en que el ensamblaje de SGGs ha evolucionado sobre una base *ad hoc*, definida por el poder político y económico de los actores dominantes. Por esta razón, la creación de un Sistema que funcione democráticamente en cuanto a la representación de los actores, es poco factible, sino imposible. Transformar el SGGs de una 'pluralidad desestructurada' a una 'unidad organizada' resulta una empresa inverosímil (Fidler, 2010). Evidentemente, la mayoría de actores prefieren mantenerse independientes de las estructuras y procesos formales de gobernanza y ejercer estrategias de gobernanza informal, acordes con sus objetivos particulares. Los actores no-estatales –como las FFIS, las ETNs y las ONGs– optan por interactuar libremente en un escenario en donde no existe la obligación de ajustarse a parámetros de acción preestablecidos. Los llamados a la racionalización, la centralización y la armonización, entran en contradicción directa con la forma desestructurada y abierta en la que ha evolucionado el Sistema.

Como afirma McCoy al analizar la dinámica del financiamiento en salud global, ni siquiera es posible determinar el volumen ni la fuente de los recursos, mucho menos cómo se administran y se gastan (2009: 408). Asimismo, a la hora de categorizar a los actores según determinadas funciones, se enfrenta a la problemática de un gran número de actores que realizan diversas actividades simultáneamente –financian, son financiados, implementan programas, coordinan alianzas, etcétera–. Los intentos de traer cierto grado de orden al caos de 'pluralidad desestructurada' se ven frenados por la resistencia de los actores a restringir sus prerrogativas y su libertad de actuación (Fidler, 2010). Además de

ello, mientras algunos actores tienen la capacidad de movilizarse y responder a sus propios objetivos, la mayoría está subordinada al financiamiento externo y las estrategias impuesta por los actores más poderosos. Como advierten Barnett y Duvall (2005), no es posible analizar ningún sistema de gobernanza global sin antes comprender las diferentes relaciones de poder que se originan entre los actores. Menos congruente sería, plantear la reforma del SGGs, haciendo llamados a la cooperación entre actores sin haber comprendido la manera en que algunos ejercen su autoridad sobre otros.

En suma, a pesar de los importantes aportes que brindan las perspectivas reformistas al identificar las principales problemáticas en el SGGs, la flaqueza de sus propuestas les otorga un carácter débil a la hora de esclarecer los motivos reales de su mal funcionamiento. Ciertamente, se necesitan más que llamados a la cooperación y al consenso para solucionar las urgentes problemáticas de salud que amenazan a la estabilidad mundial hoy por hoy. La disfuncionalidad del Sistema, no sólo es expresión de los arreglos institucionales mal diseñados, sino de un entorno económico y político complejo, determinado por los intereses de cierto tipo de actores que impulsan una lógica economicista, misma que guía el grueso de las iniciativas en materia de salud. El siguiente apartado, brinda una perspectiva que resalta la importancia de analizar el SGGs como un campo conflictivo de intereses que se contraponen.

#### *Perspectivas críticas: el aporte de la Economía Política Internacional*

Una de las perspectivas más sólidas y coherentes analíticamente, es la presentada por un grupo de autores que en los últimos cinco años han desarrollado una interesante aproximación a la GGS desde la Economía Política Internacional (EPI). Partiendo de esa perspectiva, la GGS es concebida como un concepto amplio que circunscribe una extensa gama de actividades y actores de gobernanza, los cuales ejecutan acciones dirigidas a influir sobre las problemáticas de salud a nivel mundial (Kay y Williams, 2009). Estos planteamientos caracterizan a la GGS como un campo conflictivo, en donde diferentes

discursos sobre la salud y sus manifestaciones materiales y políticas concretas se enfrentan (Lee, 2009). Su propósito principal, es examinar los vínculos entre la salud poblacional y los diversos procesos que derivan del desarrollo del capitalismo neoliberal en las últimas décadas. En este sentido, otorgan centralidad al análisis de los procesos económicos y de políticas públicas que explican la carencia de resultados en el ámbito de la salud. Plantean que la mercantilización y liberalización del sector salud son aspectos fundamentales de la globalización económica que cuentan con manifestaciones institucionales y de políticas públicas. Proponen que dichas manifestaciones deben ser analizadas de manera detallada para determinar los vínculos entre las problemáticas de salud y los procesos que se desenvuelven en el ámbito económico y político global.

En efecto, los autores que se circunscriben a esta perspectiva buscan ir más allá de los debates enfocados en la disfuncionalidad del Sistema para esclarecer las causas subyacentes de su mal funcionamiento y los preceptos que guían su desarrollo. Consideran que a pesar de que existe consenso en cuanto a las deficiencias del Sistema, no se ha explorado con profundidad el motivo principal de su disfuncionalidad. Por lo tanto, proponen examinar las distintas formas en que los procesos puestos en marcha por el sistema capitalista global, están determinando los patrones de salud-enfermedad de la población y moldeando las características del SGGs. Se interesan en explorar como cierto tipo de actores –centrales dentro del Sistema– secundan una visión marcadamente utilitarista para abordar las problemáticas de salud, influyendo, como resultado, en el tipo de iniciativas y programas que se promueven, en la forma en que se suministran los servicios sanitarios y en la manera en que se canaliza el financiamiento. Sostienen, que enraizar los desarrollos analíticos en el ámbito que la GGS con el proyecto económico y político del capitalismo neoliberal, es una tarea ineludible para realizar un examen crítico del funcionamiento del Sistema y desvelar la lógica inherente a su dinámica actual.

Algunos de los principales exponentes de la perspectiva de la EPI, como Kay y Williams (2009), proponen diversos ejes analíticos con el objetivo de vincular el proyecto económico y político del capitalismo neoliberal con la salud y la GG. Definen la GGS como

cualquier medio o mecanismo usado por diversos actores públicos y privados, actuando a nivel subnacional, nacional e internacional, buscando controlar, regular o mejorar el 'sistema global de enfermedades' (*ibíd.*: 2). El Sistema Global de Enfermedades (SGE) es un concepto que desarrollan para facilitar la conexión analítica entre los patrones de salud poblacional con el desarrollo del capitalismo neoliberal en las últimas décadas. Proponen, que los determinantes del SGE están relacionados directamente con el sistema capitalista global y definidos por las estructuras económicas y políticas que de él emergen.

Para ellos, el SGE no es una categoría epidemiológica medible sino un concepto que permite analizar los efectos del sistema capitalista sobre la salud de la población desde diferentes dimensiones. Plantean que el SGE se caracteriza por dos modos básicos de transmisión de enfermedades: el primero de estos tiene que ver con la relación entre las enfermedades no-infecciosas, el crecimiento económico, los cambios en los patrones de consumo, la asociación entre el sistema de producción capitalista y la generación de mercados masivos, etc. (*ibíd.*: 9); mientras el segundo, hace referencia al sistema global de enfermedades transmisibles, el cual se encuentra relacionado directamente con la pobreza y el subdesarrollo (*ibíd.*: 10). La utilidad del concepto radica en que contribuye a analizar de qué manera varían los estados de salud-enfermedad de la población y con qué procesos económicos y políticos se relacionan.

A partir de este vínculo, Kay y Williams advierten que el incremento en la hípermovilidad, la urbanización, la migración y el comercio, han contribuido a la expansión espacial de enfermedades, particularmente las de tipo infeccioso. Igualmente, señalan que el desarrollo de nuevos mercado, así como la reestructuración de los modos de consumo alrededor del mundo, han contribuido a aumentar los índices de enfermedades no-infecciosas –cardiovasculares, cáncer, diabetes, etcétera– en un gran número de países (*ídem*). Asimismo, consideran que las crecientes inequidades en el ingreso, en el acceso a los recursos, así como la privatización y liberalización de los mercados a nivel global, producen consecuencias adversas sobre el estatus de salud de la población, socavando de

manera acelerada las posibilidades de acceso los servicios sanitarios y medicamentos (*ídem*).

En este orden de ideas, las problemáticas de salud más urgentes no están aisladas del entorno económico y político al que pertenecen. Por el contrario, se relacionan directamente con una gran variedad de fenómenos propulsados por el capitalismo neoliberal. Estos procesos no solamente afectan la manera en cómo se atienden las problemáticas de salud, también han tenido un impacto importante sobre los patrones epidemiológicos mundiales. En este sentido, para explicar los deficientes resultados en materia de salud pública, es necesario tener presente la huella que dejan los múltiples procesos –económicos, políticos, ambientales, tecnológicos y culturales– que se desarrollan en el ámbito global sobre la salud poblacional; esclarecer estos vínculos es uno de los principales objetivos de las perspectivas de la EPI.

Otra de las preocupaciones centrales de esta perspectiva, es analizar el papel que juegan las instituciones de gobernanza económica –Banco Mundial (BM), Fondo Monetario Internacional (FMI), Organización Mundial del Comercio (OMC), Bancos regionales de desarrollo– en el ámbito de la salud. Diversos autores coinciden en que gran parte de los análisis en torno a la gobernanza en salud, no otorgan a estas instituciones un papel preminente, pasando por alto la influencia que han ejercido y continúan ejerciendo sobre el sector salud. En este sentido, Lee (2009) advierte que en la mayoría de propuestas la GGS es percibida como un área discreta de actividad de ciertas instituciones de las cuales la OMC, el BM y el FMI no forman parte. Sin embargo, si se analiza –como se hará en el próximo apartado– de manera detallada el papel que han jugado estas instituciones dentro del SGGs a lo largo de su historia, se podrá apreciar que no solamente han sido actores centrales sino que han tenido un rol determinante en el rumbo que ha tomado el Sistema en la actualidad.

Las instituciones de gobernanza económica han logrado impulsar una modalidad neoliberal de gobernanza en salud, cuya lógica ha penetrado todos los niveles del Sistema. El poder económico y político que tienen estas organizaciones, juega un papel crítico en

desarrollo de las iniciativas de GGS y en el accionar de los demás actores del Sistema. Diversos autores pronostican que la GGS estará cada vez más determinada por organizaciones de tipo económico, las cuales no se encuentran interesadas en brindar soluciones a las problemáticas de salud, sino en promover la liberalización de los mercados, restringiendo así la capacidad de los Estados para tomar medidas efectivas que permitan proteger la salud de su población (Smith, 2010: 1). Es bien sabido que desde la década de los ochenta, las medidas de austeridad promovidas por el FMI y el BM en el contexto de la reestructuración de la deuda, han influido significativamente en la manera en cómo se organizan y gestionan los servicios de salud en los países en desarrollo, impactando de manera directa e indirecta sobre el funcionamiento de los sistemas nacionales de salud (Buckley y Baker, 2009).

Tanto los Programas de Ajuste Estructural (PAEs) como los Documentos Estratégicos para la Reducción de la Pobreza (DRSP) han sido elementos fundamentales para reducir el gasto fiscal en salud y promover la privatización de los servicios sanitarios (Smith, 2010: 5). En este sentido, Buckley y Baker (2009), realizan una importante investigación de la relación entre el FMI y las políticas en salud, examinando los mecanismos promovidos desde esta institución para abrir la entrada al capital privado en el sector salud. Las cuotas a usuarios, la subcontratación y el financiamiento privado de seguros en salud, son sólo algunas medidas políticas privatizadoras introducidas como parte de los PAEs (Lee, 2009: 32).

Por otra parte, Harman (2009) se enfoca en examinar el papel que ha jugado el BM en la salud pública desde los años ochenta, impulsando reformas de salud en los países en desarrollo, dirigidas a promover la liberalización del sector, la provisión privada de servicios, la descentralización y los programas enfocados sobre poblaciones específicas. Estas medidas se basan en un enfoque utilitarista y reduccionista de la salud que ha permeado los sistemas nacionales de salud de los países receptores de préstamos, y por supuesto, ha influenciado a otros actores clave del SGGs quienes realizan acciones de

cofinanciamiento con el BM. En este sentido, vale la pena destacar como el BM ha desplazado la autoridad de la OMS a partir de los años ochenta.

Asimismo Labonte (*et al.*, 2009), se centran en el análisis de las relaciones entre el comercio internacional y el sistema global de enfermedades. Examinan en qué medida los acuerdos de la OMC han tenido un impacto directo sobre las condiciones de salud pública en un gran número de países. Su trabajo proporciona un análisis crítico sobre la relación entre las políticas de libre comercio, las empresas transnacionales farmacéuticas, las regulaciones de patentes y el incremento en los índices de enfermedades en ciertas regiones del mundo. Analizan con detenimiento una serie de acuerdos comerciales que, de manera directa o indirecta, han generado restricciones en las capacidades de acceso a medicamentos. De los hallazgos más sorprendentes derivados de su investigación, se encuentra el impacto que han tenido los tratados de derechos de propiedad intelectual, como el TRIPS y el TRIPS+ en las capacidades de acceso a los medicamentos de grandes segmentos de la población mundial y en el declive de los sistemas nacionales de salud.

Finalmente, Lee (2009) plantea que los procesos de mercantilización de la salud y liberalización de los servicios del sector salud se encuentran en el centro de la lógica del SGGs, demostrando cómo estos procesos están directamente relacionado con el debilitamiento de los sistemas de salud pública y su reorientación hacia mercados privados de salud. Lee afirma que el neoliberalismo incluye una amplia variedad de ideologías legitimadoras –competitividad, eficacia, libre elección del consumidor– para promover estos procesos y que la actual crisis de salud que se vive en los países en desarrollo no debe ser vista como algo ‘accidental’ sino como una consecuencia de una forma particular de expansión capitalista (*idem*).

Como podemos observar, las aproximaciones a la GGS desde la EPI resaltan cuestiones necesarias a considerar en el momento de reconstruir la dinámica del Sistema. Estas perspectivas no sólo invitan a la reflexión acerca del papel de ciertos actores que han tenido un peso cardinal en la manera en que se abordan las problemáticas de salud en las últimas décadas, sino que permiten entender a la GGS como un espacio conflictivo



que no constituye una esfera separada de la globalización económica. Ello contribuye a comprender que el SGGs no puede ser examinado íntegramente, sin antes analizar el entorno económico y político en el que se encuentra inmerso. Lo anterior trae a cuenta la importancia de reubicar los debates actuales en la GGS, enfocando la atención no solamente en las evidentes manifestaciones de su disfuncionalidad sino también en las causas subyacentes de sus resultados deficientes (Kay y Williams, 2009).

En el mismo sentido, esta perspectiva contribuye a entender la GGS no como una esfera separada de las políticas nacionales de salud sino como un Sistema de múltiples niveles en el que el accionar de los actores en el ámbito internacional y transnacional impacta, de manera directa e indirecta, sobre procesos que se desenvuelven en el ámbito nacional y subnacional. En resumidas cuentas, el enfoque de la EPI ha permitido comprender cómo fuerzas políticas y económicas a nivel local, nacional e internacional convergen para determinar los niveles de acceso a la salud de las poblaciones, el tipo de iniciativas que se proyectan globalmente y el sentido utilitarista con que se abordan las problemáticas de salud hoy por hoy.

### **Recapitulación sobre los enfoques teóricos de la investigación**

Desde finales de la década de los noventa, crece el interés en el campo de la GGS como ámbito de estudio. Los acelerados cambios en el escenario de la salud pública abren una rica discusión sobre la creciente importancia que cobraban las problemáticas sanitarias dentro de la agenda del desarrollo internacional, así comienza un período de fecundos análisis sobre el renovado papel de las Organización no Gubernamentales (ONGs) y las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs), la rápida multiplicación de las Asociación Público-Privadas (APPs), los cambios epidemiológicos propulsados por la globalización y el caudaloso flujo de recursos que se dirige hacia el sector salud dentro del área de la cooperación internacional.

Tras una revisión sistemática del estado del arte en torno al campo de la GGS, se puede deducir que la mayoría de los análisis desarrollados en el área, se centran en examinar la naturaleza de los mecanismos, actores y estructuras que lo conforman. Igualmente, numerosas perspectivas se han preocupado por determinar qué tan adecuados han sido los esfuerzos de gobernanza para enfrentar los retos que plantean las problemáticas de salud a nivel global. A pesar de la gran diversidad de aportes desarrollados en los últimos años, entre los planteamientos más destacados es posible identificar un número de coincidencias importantes. En términos generales, la mayoría de autores concuerdan en que la GGS contemporánea se caracteriza por un alto grado de disfuncionalidad así como por la intervención de un gran número de actores –estatales y no-estatales– que interactúan de manera descentralizada y fluida creando alianzas *ad hoc* para abordar cuestiones de salud específicas.

En este sentido, las diferentes perspectivas de gobernanza global examinadas hasta ahora son de capital importancia para el resto de la investigación, ya que brindan las herramientas analíticas y metodológicas necesarias para desarrollar una investigación empírica sólida en torno a un sistema de gobernanza global específico. Así, mientras algunos de estos enfoques se aproximan al tema de la gobernanza global de manera más holística, otros abordan problemáticas precisas. Sin embargo, todas las perspectivas resaltan –ya sea por omisión o atención– aspectos fundamentales para el examen de los SGG, proporcionando instrumentos analíticos que pueden aplicarse en diferentes niveles en el abordaje de fenómenos de distinta naturaleza desplegados al interior de los sistemas.

En este punto resulta importante precisar que, para efectos de esta investigación, el término gobernanza global se encuentra circunscrito a la perspectiva sistémica, ya que ésta ofrece la posibilidad de centrarse en el aspecto relacional de la gobernanza global. Es decir, en las interacciones entre los agentes que componen los diferentes niveles –local, nacional, regional, internacional, transnacional– y los procesos que derivan de su interacción. En consecuencia, la gobernanza global encuentra su ontología en los sistemas

de gobernanza global, por lo que bajo este enfoque, no puede ser explicada ni entendida en el vacío. En este sentido, las perspectivas sistémicas brindan herramientas teóricas esenciales para el estudio del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS), sus principales planteamientos son acordes con los objetivos de este trabajo y proporcionan el marco ideal para emprender la investigación empírica.

Sin embargo, la mayoría de los enfoques expuestos presentan una mirada fresca a problemáticas recurrentes así como nuevos ángulos para analizar fenómenos emergentes. Por consiguiente, realizar una articulación inventiva de los mismos es un esfuerzo teórico que posibilita la sistematización de la información sobre el Sistema que nos ocupará en adelante. Las variadas tipologías e indicadores que se han venido desarrollando en los últimos años, son elementos esenciales para encuadrar información dispersa en un marco coherente. El uso de esas herramientas facilitará la tarea de aproximación al SGGS, permitiendo a la investigación esclarecer su historia y su dinámica, la identificación de los actores que lo componen, el análisis de sus relaciones y la exploración de los procesos de reestructuración a los que ha estado sujeto, todo ello para construir un primer acercamiento a las características y los atributos del Sistema como totalidad.

## **Historia de la gobernanza global en salud**

### *Antecedentes*

Diversos autores (Lee, 1998; Dogson *et. al*, 2002; Fidler, 2010; Brown *et. al*, 2006; Cueto, 2012) interesados en examinar los antecedentes y la evolución de la Gobernanza Global en Salud (GGS), emplean el concepto de `salud internacional´ o de `gobernanza internacional en salud´ para referirse al período que precede a la formación del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) contemporáneo. Los primeros vestigios de la gobernanza internacional en salud datan de mediados del siglo XIX, cuando empieza a expandirse la cooperación internacional y la diplomacia en salud, sobre todo alrededor de cierto tipo de enfermedades infecciosas, que en su momento representaron una amenaza para la estabilidad económica mundial. Durante este período de expansión acelerada de la industria, el comercio y la migración, se inicia un proceso sistemático de creación de instituciones, mecanismos y reglamentos para promover la salud poblacional a través de las fronteras (Fidler, 2010: 9). Las cuatro pandemias de cólera que acontecen en el siglo XIX, las recurrentes epidemias de fiebre amarilla en el continente americano y la extensión de la fiebre bubónica de Asia hacia el resto del mundo (Cueto, 2012), influyen de manera importante en la movilización de los esfuerzos internacionales en este sentido. El objetivo principal era proteger el desarrollo económico y el comercio internacional de la amenaza que planteaba la expansión de enfermedades infecciosas, tanto a nivel Estatal como trasfronterizo.

Se inicia entonces un proceso de reglamentación epidemiológica internacional en donde se crean diversos convenios dirigidos a uniformizar la sanidad marítima, a través de los cuales se establece la normatividad referente a las cuarentenas, los cordones sanitarios, los permisos sanitarios de los navíos, etcétera (*idem*). La primera Conferencia Sanitaria Internacional para este propósito tiene lugar en 1851. En los años subsiguientes se realizan once conferencias más, sin embargo, es hasta la primera década del siglo XX, cuando se crean las primeras instituciones permanentes de salud internacional. En 1902 se inaugura la primera: la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, que décadas después se convertiría en la Oficina Sanitaria Panamericana y finalmente en la actual Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Brown *et. al*, 2006: 64). En cuanto al sector no gubernamental, en 1913 se crea la División de Salud Internacional de la

Fundación Rockefeller (Cueto, 2012), la cual jugó un papel muy relevante en la organización de los servicios de salud pública y en la promoción de diversos programas de control de enfermedades alrededor del mundo.

Otras dos importantes organizaciones internacionales de salud creadas a principios del siglo xx en Europa son: la Office Internationale d'Hygiène Publique (OIHP), la cual inició actividades en París en 1907, y; la Organización de Salud de la Liga de las Naciones, fundada en 1920 y encargada de promover comisiones basadas en enfermedades específicas y en publicar reportes epidemiológicos internacionales (Brown *et. al*, 2006: 64). Una vez finaliza la Segunda Guerra Mundial se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de entonces, la OMS absorbe y unifica a todas las organizaciones multilaterales existentes en un solo cuerpo intergubernamental con amplias responsabilidades –ya no sólo el control de la diseminación internacional de enfermedades infecciosas– y con el poder para implantar regulaciones y adoptar convenciones y acuerdos (Frenk *et. al*, 2007: 159).

Durante la Guerra Fría, a medida que se consolidan los Estados de bienestar alrededor del mundo, el centro de la gobernanza en salud giró alrededor de los Estados, de la OMS y algunas otras agencias del sistema de la ONU. En aquel momento, la expansión de la salud pública, junto con los avances sin precedentes de la medicina moderna, contribuyeron a elevar los índices de natalidad y a prolongar la esperanza de vida alrededor del mundo. La mayoría de los países que promovieron proyectos de desarrollo nacional durante la época, también incrementaron su gasto en el sector salud, impulsando la construcción y el desarrollo de sistemas sanitarios nacionales y expandiendo masivamente las campañas de vacunación (Dodgson *et. al*, 2002). Como consecuencia, se llevaron a cabo importantes avances a nivel global para reducir la mortalidad materno-infantil, controlar los brotes epidémicos y promover el desarrollo de la planta médica e infraestructura hospitalaria.

La diplomacia en salud también continuó jugado un papel clave para combatir la expansión espacial de enfermedades infecciosas a nivel trasfronterizo. En la vigésima

segunda Asamblea Mundial de la Salud en 1969, se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), un mecanismo intergubernamental orientado a crear un sistema internacional de vigilancia y reporte para prevenir la expansión de enfermedades. Este acuerdo tuvo como objetivo mejorar la seguridad internacional en el ámbito de la salud pública, facilitando un marco para coordinar la gestión de los eventos que pudieran constituir una emergencia de salud a nivel internacional. El RSI estaba destinado a reforzar la capacidad los Estados para detectar, evaluar y notificar brotes epidémicos y otras problemáticas de salud susceptibles de expansión a través de las fronteras.

A nivel programático, hasta los años setenta prevalece un enfoque basado, principalmente, en la creación de programas verticales dirigidos a erradicar un número reducido de enfermedades como la viruela, la malaria y la poliomielitis (Cueto, 2012). Los programas verticales se centran en promover estrategias dirigidas sobre enfermedades y poblaciones específicas, es decir, no contemplan la atención a la salud desde una perspectiva integral. Buscan proporcionar soluciones puntuales a problemáticas de salud concretas, básicamente centrándose en la provisión de vacunas y medicamentos. Por el contrario, las estrategias de corte horizontal, hacen prioritarios los esquemas de prevención de enfermedades, la educación en salud, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el involucramiento comunitario. Las estrategias verticales se centran en atacar directamente a la bacteria o virus causante de la enfermedad, sin prestarle gran importancia a las condiciones del contexto social; mientras las estrategias horizontales toman como referente los determinantes sociales de la salud y buscan implementar programas dirigidos a fortalecer las instituciones de salud en sus distintos niveles.

A pesar del enfoque marcadamente reduccionista de las estrategias verticales, los éxitos logrados por estos programas durante el período de la postguerra fueron innegables. Por ejemplo, gracias al trabajo conjunto de la OMS con numerosos gobiernos de países en desarrollo, se logró erradicar la viruela en más de cincuenta Estados, se impulsan campañas para combatir la oncosis y promover programas masivos de inmunización para diversas enfermedades infecciosas, lo que contribuye a reducir

notablemente los índices de mortalidad a nivel global. Sin embargo, junto con los éxitos que derivan de algunos programas coexisten grandes fracasos, por ejemplo, las campañas globales de erradicación de la malaria nunca alcanzan su objetivo a pesar de la enorme cantidad de recursos destinados a dicha causa. Cada vez se hace más evidente que sin una mejoría generalizada en las condiciones de vida de la población, los esfuerzos por erradicar enfermedades relacionadas con la pobreza tenderían el fracaso.

Ante este escenario, durante los años sesenta y setenta, se comienza a cuestionar fuertemente la efectividad y la sustentabilidad al largo plazo de los programas verticales. Ello coincide con el llamado realizado por los países no-alineados para crear un nuevo orden económico internacional y con el surgimiento de bloques como el Grupo de Ginebra y el Grupo de los 77. En este contexto, diversos países en desarrollo comienzan a implementar estrategias integrales de salud, dirigidas a expandir la cobertura desde un enfoque social. Durante la Revolución Cultural (1964-1976), China realizó un importante esfuerzo en este sentido con el programa del 'médico descalzo', el cual fue un ejemplo de medicina comunitaria para otros países. Este programa se basaba en iniciativas sanitarias dirigidas por las comunidades y por la integración de los sistemas de salud tradicionales chinos en los servicios primarios. Los 'médicos descalzos', cuyo número de miembros fue incrementando significativamente desde principios de los años sesenta, era un grupo diverso de trabajadores de la salud que vivían en la comunidad a la que servían, priorizaban la asistencia médica rural antes que la urbana y brindaban servicios preventivos más que curativos (Cueto, 2006: 31). A partir de esta estrategia, se registró un espectacular descenso de la mortalidad infantil de aproximadamente 220 por cada 1000 nacidos vivos en 1955 a 50 por cada 1000 nacidos vivos en 1980 (Gloyd, 2004: 99).

En el estado de Kerala en la India y en Sri Lanka se instituyeron estrategias similares de medicina comunitaria entre 1960 y 1975, los cuales contribuyeron enormemente a reducir las tasas de mortalidad (*ídem*). Cuba, Vietnam y Tanzania, también adoptaron estrategias orientadas a la equidad en salud, las cuales hacían hincapié en las raíces socioeconómicas de la enfermedad, buscando abordar

prioritariamente las problemáticas sociales y ambientales que afectaban negativamente la salud de las mayorías. Al iniciar la década de los años setenta, las estrategias basadas en la participación comunitaria proliferaron masivamente en India, Sudáfrica, Bangladesh, Filipinas, México y Centro América (Hong, 2004: 74).

El optimismo que generaron estas experiencias galvanizó a la comunidad sanitaria mundial. Las evidencias sugerían que se podía lograr una aplicación a escala nacional de políticas orientadas a la equidad en salud, junto con políticas de asistencia sanitaria simple y adecuada (Gloyd, 2004: 100). Este tipo de estrategias parecían altamente prometedoras para elevar los índices de acceso a los servicios primarios y lograr mejorías a largo plazo y de manera generalizada en la salud de la población. El creciente interés en los programas horizontales y el énfasis en la participación comunitaria, afianzaron los preceptos de la medicina social<sup>3</sup> en la esfera institucional internacional. Ello generó, a su vez, un renovado interés por las prácticas sanitarias no-occidentales, las cuales fueron vistas como un complemento fundamental de los sistemas de salud comunitarios. Durante la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 1974, los delegados de varios países en desarrollo señalaron la importancia de las prácticas de la medicina tradicional desde una perspectiva de afirmación positiva de las culturas nativas (Hong, 2004: 74).

Según Lee (1997), dichas iniciativas –sobre todo los ejemplos de China y Cuba– desafiaron el enfoque biomédico dominante de salud pública que hasta entonces había guiado las acciones de la OMS. Como consecuencia, se inicia al interior de la Organización un importante proceso de ‘politización’, que se vio favorecido por el nuevo escenario político internacional, caracterizado por la aparición de naciones descolonizadas y la expansión de movimientos antiimperialistas en varios países en desarrollo (Cueto, 2006). Bajo el liderazgo del Director General de la OMS, Halfdan Mahler (1973-1988), poco a poco gana terreno una filosofía de la salud de base amplia, más sensible a las necesidades

---

<sup>3</sup> El rasgo distintivo de la medicina social es reconocer que la estructura de la sociedad, en interrelación con la cultura y la acción de los actores, determinan quién va a estar sano y quién va a enfermarse o a morir, cómo y de qué. Además, estudia a las poblaciones como colectivos y no simplemente como una suma de individuos aislados; se centra en la salud y la enfermedad de grupos sociales que viven y trabajan de maneras específicas, y no en las enfermedades clínicas (<http://www.socialmedicine.info>).



locales y la justicia social (Loughlin y Berridge, 2002: 17). En este contexto, rápidamente se populariza la estrategia de Atención Primaria a la Salud (APS), la cual preconiza un sistema de atención sanitaria basado en las necesidades de las comunidades y en la distribución equitativa de los recursos.

La APS tiene como principio básico la necesidad de la cooperación intersectorial para lograr un sistema sanitario que mantenga un equilibrio entre el tratamiento curativo y la prevención, entre la atención hospitalaria y los cuidados comunitarios (Cueto, 2006). Además, enfatiza la importancia de la participación de la comunidad en el establecimiento de las prioridades en materia de salud y resalta la importancia de las prácticas de medicina tradicional. Esta estrategia se convirtió en la política central de la OMS en 1978, específicamente a partir de la adopción de la Declaración de Alma-Ata. Según dicha Declaración, la APS es:

‘la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación (...) forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico de la comunidad’ (Declaración de Alma-Ata, 1978)

Según esto los elementos básicos de la APS son:

- i. educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha contra enfermedades correspondientes;
- ii. promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada;
- iii. abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- iv. asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- v. inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- vi. prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- vii. tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes y suministro de medicamentos esenciales;

viii. participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación y la vivienda.

Como se mencionó anteriormente, uno de los principales motores detrás del movimiento de la APS fue la evidencia del éxito del programa 'médicos descalzos' en China, el cual demostró que a través de intervenciones de baja tecnología para el cuidado de salud y la participación comunitaria, era posible expandir masivamente la atención primaria. Algunos de los países en desarrollo que adoptaron estas estrategias durante la década de los setenta, lograron avanzar significativamente en la equidad en salud y en la reducción de las tasas de mortalidad, fundando una base sólida de programas de APS que sirvieron como punto de partida para la construcción de sistemas sanitarios públicos de amplio alcance.

En la Declaración de Alma-Ata se deja plasmada la importancia de abordar las causas sociales, económicas y políticas que subyacen a la enfermedad así como el valor de promover la asistencia sanitaria integral basada en los principios de la APS. La Declaración exhortó a los gobiernos de los países en desarrollo a incorporar la APS en sus programas de salud, urbanos y rurales, llevando a cabo una reorganización horizontal de la atención sanitaria, a través de la transferencia de recursos humanos y materiales desde los grandes hospitales hacia los centros de salud comunitarios (Hong, 2004). A partir de los siguientes extractos de la Declaración se puede percibir tanto el eje central de su planteamiento como el acento político que lo subyace.

'La salud –un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades– es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (...). La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todas las naciones (...). El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de

salud para todos y para reducir la brecha que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados (...). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional' (Declaración de Alma-Ata, 1978).

Sin lugar a dudas, este ambiente de cambios –la Cumbre de 1978 de la OMS, la Declaración de Alma-Ata y el movimiento de APS– generó un punto de inflexión en la historia de la salud pública (Fort, 2004: 40). Por primera vez se reconoció que la salud es un asunto directamente relacionado con el orden económico y social así como con la distribución de los recursos. A través de este reconocimiento se sentaron las bases de un amplio movimiento a favor de los preceptos de la medicina social, que hasta la fecha sigue abogando por el derecho universal a la salud y por el impulso de los programas horizontales. Dicho movimiento, aunque ha sido opacado en diversos momentos históricos, se presenta aún como una alternativa esencial a las perspectivas reduccionistas de salud, las cuales pretenden explicar y dar solución a las problemáticas sanitarias a través de un enfoque esencialmente biomédico.

A nivel práctico, a pesar del entusiasmo con que fue recibida la Declaración Alma-Ata y los avances logrados en materia de APS en la década de los años setenta, el transcurso del movimiento tuvo una corta historia. Los principios y lineamientos que lo sustentaban pronto se vieron ensombrecidos por el impulso generalizado de las políticas neoliberales a nivel mundial. Evidentemente, los principios de Alma-Ata suponían una amenaza para las elites económicas y políticas mundiales, las cuales promovieron los proyectos de reestructuración estatal en la década de los ochenta así como para el sistema médico y clínico establecido que se negó a perder sus privilegios gremiales.

Los preceptos de Alma-Ata y de la APS, no sólo suponían un desafío directo al pensamiento económico y político del momento, sino que no tenían cabida en medio de un proceso complejo de reorganización mundial de los mercados internacionales –basado en el adelgazamiento de las funciones estatales y la liberalización del comercio

internacional—. Asimismo, la orientación ideológica que exhibió la OMS durante esta época iba en sentido contrario a los vientos conservadores del momento. Lo último que se deseaba era tener una organización internacional que promoviera la unión de los países en desarrollo a favor de un nuevo orden económico. Por estas razones, el activismo político que nutrió e impulsó la APS y la estrategia de 'Salud para todos en el año 2000', pronto se vio aplacado por severas críticas y contrarrestado por nuevas estrategias. La propuesta de la APS fue atacada por las elites económicas y políticas mundiales desde el momento mismo de su formulación (Hong, 2004).

### *El impulso de la Atención Primaria a la Salud Selectiva*

Las nuevas políticas económicas enfatizaron la importancia del mercado sobre los intereses públicos, promovieron la privatización de las empresas estatales y la imposición de tarifas a los servicios sociales. Bajo la aplicación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) —impulsados desde las Instituciones Financieras Internacionales— se promovió la reducción del déficit fiscal y la ampliación de la base tributaria de los Estados, lo cual afectó de modo directo la provisión de los servicios sanitarios. Gran parte de los países en desarrollo que buscaron asistencia financiera del FMI y del BM, en el marco de los procesos de reestructuración de la deuda, fueron obligados bajo los PAE a privatizar paulatinamente sus servicios de salud y exigir el pago por la atención a los pacientes (Cueto y Zamora, 2006).

Los presupuestos públicos para los servicios sanitarios resultaron seriamente afectados en el transcurso de pocos años. Durante la llamada 'década perdida', en los 37 países más pobres del mundo el gasto público per cápita en salud se redujo en un 50% (UNICEF, 1989: 1). El sector sanitario, además de representar una enorme carga para las arcas del Estado y tener un peso representativo sobre el déficit fiscal, fue considerado como un lucrativo mercado sin explotar.

En medio de este sombrío panorama económico y político llovieron las críticas a la OMS y al movimiento de APS. Desde los países desarrollados se puso en marcha una campaña destinada a desprestigiar a la Organización y a frenar cualquier iniciativa que expresara los principios de Alma-Ata. El presupuesto ordinario de la OMS fue congelado durante la década de los ochenta y la mayoría de los fondos extrapresupuestarios se aprobaron únicamente para programas dirigidos a enfermedades específicas o desarrollos tecnológicos (Werner y Sanders, 1997: 17). Pronto la APS fue tachada como una estrategia costosa e ilusoria. Diversos grupos internacionales de `expertos´ en salud pública criticaron de manera abierta la propuesta, objetando que su aplicación no era factible en el contexto mundial del momento (Hong, 2004: 77). Las críticas más radicales, las cuales provenían de países como EE.UU. e Inglaterra, concebían a la APS como un apéndice de una revolución social y culparon a Halfdan Mahler de transformar la OMS de una organización fundamentalmente técnica a una organización politizada (Cueto, 2006).

Sólo unos año después de Alma-Ata, tuvo lugar una `reunión privada´ en Bellagio, Italia, auspiciada por la Fundación Rockefeller, la cual contó con la presencia de los principales países desarrollados, el presidente del BM, el vicepresidente de la Fundación Ford, el administrador de USAID y el secretario ejecutivo del UNICEF, entre otros (Brown *et al.*, 2006). A partir de ello, se comenzó a diseñar estrategias alternativas a la APS que permitieran contrarrestar las propuestas de Alma-Ata; al tiempo que se abordó, aunque fuera de manera superficial, la crisis de salud pública que enfrentarían numerosos países en desarrollo como consecuencia de los procesos de liberalización de los mercados internacionales.

Ante este contexto y con la debilitada posición de la OMS, el UNICEF afronta un difícil dilema: promover las estrategias de APS como lo había venido haciendo en conjunto con la OMS, o secundar un enfoque selectivo de atención, dejando atrás el abordaje horizontal. Con su anterior Director Ejecutivo, Henry Labouisse, el UNICEF había copatrocinado la Conferencia de Alma-Ata y secundado el trabajo preliminar para la estrategia original de APS. La llegada de Jim Grant como Director del organismo en 1979, significó un cambio

fundamental en la filosofía de la Organización. A partir de entonces, el UNICEF decide acoplarse a los vientos conservadores de la década, secundando una estrategia más selectiva de atención a la salud, por medio del cual sería sencillo conseguir el soporte de los gobiernos, las instituciones internacionales y fuentes privadas de financiamiento (Werner y Sanders, 1997). Paulatinamente, la OMS es desplazada de su papel como autoridad sanitaria internacional, con lo cual otros actores intergubernamentales, como el UNICEF, comienzan a fortalecer su presencia en el sector.

De esta manera, el enfoque de APS es gradualmente remplazado por una nueva estrategia de Atención Primaria a la Salud Selectiva (APSS), la cual no hace ningún énfasis en la importancia del desarrollo social. Su propuesta básica es hacer frente a las problemáticas de salud de mayor urgencia, a través de intervenciones selectivas y sin cuestionar el orden estructural imperante. Liderados por la Fundación Rockefeller, la Fundación Ford y el UNICEF, los partidarios de la APSS pusieron en marcha un número limitado de programas masivos dirigidos a reducir rápidamente la mortalidad por enfermedades comunes (Hong, 2004).

Los programas de APSS se justificaron arguyendo que había que tratar a los grupos en situación de alto riesgo, con intervenciones rentables y de rápida aplicación. Al concentrarse en este tipo de intervenciones, los partidarios alegaban que podrían realizarse progresos significativos en la reducción de la mortalidad infantil, sin tener que llevar a cabo procesos prolongados que implicaran el fortalecimiento de los sistemas de salud. Mientras tanto, el director de la OMS, Halfdan Mahler, continuó apoyando la idea de que las organizaciones internacionales tenían una misión de liderazgo moral a favor de la justicia social. Por su parte, Jim Grant de UNICEF, consideró que la función de este organismo era hacer todo lo posible por mejorar las condiciones de vida de la población infantil trabajando con las impedimentos políticos existentes, en lugar de sucumbir a visiones utópicas (Brown *et al.*, 2006).

En 1983, siguiendo el modelo de la APSS, el UNICEF adoptó una estrategia de intervenciones sanitarias para la supervivencia infantil llamada GOBI –Growth monitoring

of young children, Oral rehydration therapy, promotion of Breast feeding, and Immunization—. La estrategia GOBI se conoció como la `revolución de la supervivencia infantil y el desarrollo´ y representó un proceso simplificado y económico de la versión integral de la APS, diseñado específicamente para proteger a la población infantil de la catástrofe económica que se avecinaba (Werner y Sanders, 1997). El programa GOBI – principal estrategia de APSS impulsada a nivel mundial fue acogido de inmediato entre los donantes, debido a que su alcance era relativamente limitado y las perspectivas de mejorar los índices de mortalidad infantil altas. Incluía cierto número de intervenciones de bajo costo dirigidas a mujeres en edad fecunda y niños menores de 5 años. El programa estaba concebido, principalmente, para mejorar las desalentadoras estadísticas en salud de los países en desarrollo durante la década de los ochenta. El Vaticano y diversas Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs) aportaron grandes cantidades de fondos al proyecto (Hong, 2004:79), mientras la USAID y el BM se convirtieron en las principales fuentes de financiamiento (Werner y Sanders, 1997).

A pesar de que muchos activistas sociales y trabajadores comunitarios de la salud denunciaron que la APSS y GOBI eran una fórmula para que los gobiernos evitaran hacer frente a los determinantes sociales de la salud (*ídem*), el respaldo que recibieron estas estrategias fue inmenso. Ante un escenario de declive económico y la pauperización de los niveles de vida de las mayorías, pocos se atrevieron a cuestionar iniciativas dirigidas a proporcionar suero, vacunas y medicamentos a niños. De esta manera, se popularizaron las estrategias verticales bajo un estrecho control médico, en detrimento de cambios sociales, económicos y políticos que representarían un mejoramiento generalizado del estado de salud de la población a largo plazo.

Desde entonces, las principales estrategias en salud impulsadas desde el ámbito internacional fueron de carácter parcial y a corto plazo, sin ningún interés en combatir las causas sociales subyacentes de la enfermedad. Las prioridades las establecieron expertos de salud pública basándose, no en las necesidades locales, sino en la relación costo-eficiencia de las intervenciones (Hong, 2004: 78). Estos programas fueron iniciativas

políticamente neutrales, tendientes a fomentar la dependencia y la pasividad entre la población (Werner y Sanders, 1997). Con ello, quedaron atrás los preceptos de la medicina social y los enfoques horizontales promovidos en Alma-Ata para abrir paso a la proliferación de estrategias verticales medidas en términos economicistas.

### La privatización de un bien público

Durante los años ochenta y noventa, un gran número de países en desarrollo emprendieron proyectos de reestructuración de sus servicios sanitarios conforme a las exigencias de las elites tecnócratas nacionales e internacionales. A pesar de que no existió un 'paquete' universal que detallara lo que debía ser una Reforma del Sector Salud (RSS), los componentes básicos de estas reformas reflejaban y reforzaban los principios del neoliberalismo (People's Health Movement, 2011). Generalmente, incluían la reestructuración de los sistemas nacionales de salud –con tendencia a la descentralización–, la introducción de las cuotas de usuario, la planeación e implementación de estrategias basadas en los criterios de costo-eficiencia y la promoción generalizada de la subcontratación con el sector privado.

Progresivamente, el BM se convirtió en el promotor más importante de las RSS, confirió una gran cantidad de recursos a su división de salud, no sólo para desarrollar todo tipo de lineamientos y propuestas dirigidas a impulsar las reformas, sino para sustentar el financiamiento de las mismas. En 1987, publicó el Informe de 'Financiamiento de salud en los países en vías de desarrollo: una agenda para la reforma', con esta publicación el BM lanza una nueva estrategia en la que pretendía jugar un papel central en el sector sanitario mundial, promoviendo más activamente el papel del mercado en la financiación de los servicios de atención sanitaria (Hong, 2004: 84). En el Informe, el BM emitía cuatro propuesta principales para combatir las problemáticas identificadas en torno al sector salud en los países en desarrollo:



- i. Cobrar cuotas a los usuarios de las instituciones de salud pública;
- ii. proporcionar seguros o coberturas de riesgo pre-pagados;
- iii. utilizar recursos no gubernamentales eficientemente, y;
- iv. descentralizar los servicios sanitarios estatales en el nivel de planeación, presupuesto y subcontratación con proveedores privados. (Banco Mundial, 1987: 4).

Este conjunto de acciones de reforma se impulsaron paulatinamente y en diferentes grados durante las décadas de los ochenta y noventa en los países en desarrollo, bajo la atenta vigilancia del BM. Evidentemente, los procesos de RSS evolucionaron de forma disímil en cada país, dependiendo de que tan desarrollados se encontraban los sistemas nacionales de salud, el poder de los sindicatos del sector sanitario y los intereses de las elites nacionales. Sin embargo, los resultados fueron desalentadores en la mayoría de los casos. Las principales consecuencias fueron:

- i. la disminución del gasto real de la salud pública y el aumento en la dependencia de los donantes internacionales;
- ii. la persistencia de la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios y el nulo progreso en abordar los determinantes sociales de la salud;
- iii. la caída de los salarios y la pauperización de las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud;
- iv. el deterioro de las instalaciones y equipos de salud;
- v. la escases de medicamentos y suministros médicos, y;
- vi. la disminución de los índices de atención a pacientes en instalaciones públicas.

Las RSS fueron de la mano con un proceso de proliferación masiva de ONGs y otras instituciones privadas que tenían como objetivo impulsar proyectos asistencialistas dirigidos a brindar servicios básicos de salud a las poblaciones más necesitadas. Este inesperado 'boom' de las ONGs nacionales en el sector salud y otros sectores sociales, correspondió con el aumento en las donaciones internacionales, el cual estaba encausado, principalmente, al sector asistencial privado. Como afirman Werner y Sanders (1997), la

primacía concedida a las ONGs desde mediados de la década de 1980, surgió en un contexto en donde se promovían políticas anti-estatistas en los sectores sanitarios nacionales. La proliferación de las ONGs se da en un clima en el que la provisión pública del sector salud era caracterizada como ineficiente, retrógrada y corrupta. A pesar de las prácticas cuestionables de muchas de estas organizaciones y de la corrupción con que manejaban los fondos internacionales, se les financiaba por ser políticamente `neutrales' y por dedicarse obedientemente a repartir vacunas y medicamentos, según las indicaciones de los donantes.

La progresiva privatización del sector sanitario tuvo efectos contradictorios. Mientras se crea una multitud de atractivas opciones privadas en salud para una acaudalada minoría, los servicios públicos de salud para la mayoría son escasos y de mala calidad (Hong, 2004). En algunos países el sub-financiamiento del que fue víctima el sector sanitario, produjo la quiebra inminente de los sistemas nacionales de salud con lo que hubo un cierre masivo de hospitales públicos. Los sobresaturados servicios sanitarios públicos que prevalecían estaban dirigidos únicamente a la población económicamente activa que se encontrará empleada formalmente. Los mares de trabajadores que sobrevivían en el sector económico informal se encontraron totalmente desprotegidos. Lo anterior coincide con el surgimiento del lucrativo negocio de las consultas privadas de bajo costo y calidad, las cuales proliferan masivamente a través de las cadenas de farmacias. Poco a poco, el papel del sector privado se intensifica y amplía, llegando a dominar casi la totalidad del primer nivel de atención en salud en un gran número de países, ya fuera a través de las consultas privadas de bajo costo o los programas asistenciales de las ONGs.

*El declive de la Organización Mundial de la Salud y el ascenso del Banco Mundial*

Como se mencionó anteriormente, en la década de 1980 el prestigio de la OMS entra rápidamente en una fase de descenso. En 1982, en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud, se decide congelar el presupuesto de la Organización y en 1985 EE.UU. declara que retendrá su contribución al presupuesto regular (Brown *et al.*, 2006). Inicia entonces un periodo de caída de la OMS, claramente dirigido a restarle su valor como el organismo internacional más importante en materia de salud. En este contexto, no sólo se busca minar su presupuesto y reputación sino restarle poder de decisión a la Asamblea Mundial de la Salud<sup>4</sup>, máximo órgano de decisión de la OMS.

El denominado 'financiamiento extraordinario' o 'fuera de presupuesto' de la OMS comienza a incrementarse a partir de entonces. Este provenía principalmente de donaciones de EE.UU., agencias bilaterales de desarrollo y organizaciones privadas que entregaban recursos condicionados a la Organización para la ejecución de programas específicos. Como resultado, gradualmente el presupuesto regular fue disminuyendo y el 'financiamiento extraordinario' ampliándose. Hacia 1987 los fondos 'fuera del presupuesto' habían llegado a \$ 437 millones de dólares, prácticamente alcanzado el presupuesto regular de \$ 543 millones (*ibíd.*: 91). A comienzos de la década de los noventa, el financiamiento extraordinario había sobrepasado el presupuesto regular por \$ 21 millones de dólares, conformando el 54% del presupuesto total de la OMS (*idem*).

A raíz de lo anterior, las prioridades y las políticas establecidas por la Asamblea Mundial de la Salud, poco a poco perdieron preeminencia. Este órgano ya no tuvo, como históricamente había sucedido, el poder de decisión sobre el tipo de políticas y programas que promovía la Organización. Los donantes 'fuera del presupuesto', por el contrario, tuvieron el campo abierto para impulsar sus objetivos y moldear los programas a su

---

<sup>4</sup> La Asamblea Mundial de la Salud es el máximo órgano de decisión de la OMS, el cual se reúne una vez al año y actualmente cuenta con la participación de 193 Estados Miembros. Su función principal es determinar las políticas de la Organización, nombrar al Director General y la supervisar la administración financiera. Cada Estado miembro cuenta con un voto por lo que es considerado un mecanismo altamente democrático. En los años setenta, los países no-alineados, al ser mayoría, influenciaban de manera determinante las políticas de la organización. Sin embargo, la Asamblea sólo tiene poder de decisión sobre el presupuesto regular que llega a la OMS. Existe también la figura de del 'financiamiento extraordinario', el cual hace referencia a donaciones condicionadas provenientes de diversas fuentes de financiamiento.

antojo. Este hecho marco un punto de quiebre en la historia de la OMS ya que en cuestión de unos años pasa de ser un organismo internacional estable y coherente, con principios establecidos democráticamente, a ser un organismos sub-financiado, desorganizado y plagado de iniciativas contradictorias que frecuentemente se traslapaban.

Otro factor de ataque hacia la Organización en esta misma época fue la ineficaz gestión del Director General Hiroshi Nakajima (1988-1998), quien reemplazó a Mahler en 1988. Nakajima, el primer ciudadano japonés elegido como director de una agencia de las Naciones Unidas, se convirtió, en cuestión de pocos años, en el Director General más controversial en la historia de la Organización (*ibíd.*: 90). Las críticas hacia su administración y al mal manejo del presupuesto, venían tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo. Durante su mandato, se le acusó de no prestar suficiente atención, ni dirigir los recursos necesarios para el combate contra el VIH-SIDA. Hay quienes lo señalan como el responsable de la expansión incontrolada de esta epidemia a principios de los noventa, ya que la OMS era en ese entonces la única organización con la autoridad necesaria para dirigir una campaña global en ese sentido.

También persistieron intensas críticas y cuestionamientos a su estilo autocrático y su mala técnica administrativa. No logró dar respuestas convincentes a los desafíos que se presentaron durante su mandato, ni manejar desacuerdos de alto perfil que acontecieron entre sus funcionarios (People's Health Movement, 2005). Se criticó su incapacidad de comunicarse de manera efectiva, y sobre todo, las sospechas de corrupción y de nepotismo durante su mandato (Brown *et al.*, 2006: 90). Al encontrarse la OMS en medio de una crisis financiera y administrativa, la cuestionable gestión de Nakajima acentuó aún más las problemáticas y restó prestigio a la Organización en el ámbito internacional. Para muchos, el nombramiento de Najkajima estuvo estratégicamente dirigido a acentuar aún más los problemas de la Organización.

Además de todas las condenas anteriores hacia la OMS, a partir de la década de los ochenta, la Organización debe enfrentar el feroz ataque de diversas Empresas Transnacionales (ETNs), las cuales no se encontraban conformes con las políticas de

regulación al comercio que pretendía impulsar la Asamblea en diversas áreas (Hong, 2004). Por ejemplo, en 1978 cuando la OMS introduce un Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales, seguido de la aprobación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981 (*ibíd.*: 81), el clima de tensión con la industria farmacéutica y de alimentos se hace patente. Las medidas tomadas por la Organización tenían como objetivo regular el mercado de medicamentos esenciales y promover prácticas responsables en la comercialización de sustitutos de leche materna, lo que no fue bien recibido por las empresas y los respectivos gobiernos que las respaldaron. Desde entonces, las ETNS han mantenido una atenta vigilancia a las declaraciones, estudios e iniciativas que emprende la OMS, organizando fuertes campañas políticas entre los Estados miembros cuando ven sus intereses amenazados.

En contraposición al desprestigio y los ataques que sufre la OMS desde múltiples ámbitos, el BM cobra una creciente influencia en materia de salud durante este mismo período. Como se mencionó en el apartado anterior, el BM se vinculó directamente al sector salud a través de la cofinanciación de programas de salud en los países en desarrollo; e indirectamente a través del impacto que tuvieron los PAE en el sector salud (Harman, 2009). En el Informe Mundial sobre el Desarrollo de 1980 ya se pueden percibir claramente las intenciones del Banco de entrar a jugar un nuevo rol en materia de salud a nivel mundial. En él se establece que tanto la desnutrición como la falta de salud en los países en desarrollo, podían ser tratadas mediante la acción gubernamental directa con la debida asistencia del BM (Brown *et al.*, 2006: 92).

La fórmula para entrar a jugar este papel protagónico en el ámbito de la salud se basó en el argumento de que una mejoría significativa en los niveles de la salud de la población, podría traducirse en crecimiento económico acelerado. De esta manera, el BM justificó su injerencia en dicho sector, considerándolo un ámbito esencial para que los países pudieran alcanzar un sólido desarrollo económico. A partir de ello, el BM comenzó a realizar préstamos directos para los servicios de salud y a financiar las RSS alrededor del mundo. A diferencia de la OMS, que se encontraba en una posición debilitada, el BM

contaba con cuantiosos recursos, financieros y humanos, lo que le permitía dar préstamos substanciales para poner en práctica las medidas que promovía (*ídem*). En cuestión de pocos años, esta institución se convirtió en autoridad en materia del sector salud alrededor del mundo.

La propuesta del BM se dirigió, por un lado, a crear los lineamientos necesarios para las RSS y a coordinar su financiamiento, por otro, a la promoción de programas dirigidos al control de enfermedades específicas. En cuando las RSS, el Banco destinó varios miles de millones de dólares en préstamos para que los países en desarrollo implementaran programas de descentralización y privatización del sistema sanitario. El informe del Banco de 1987, 'Financiamiento de salud en los países en vías de desarrollo: una agenda para la reforma', sentó las bases de su propuesta en la materia, configurando el modo en que los donantes internacionales concebían y financiaban la labor sanitaria (Hong, 2004:86). El enfoque de salud del BM –desde la participación en el diseño de políticas de salud hasta el financiamiento de programas y proyectos– se caracterizó por resaltar la importancia de la evaluación económica y una mayor participación del sector privado (Brown et al., 2006). Para ello, trabajó conjuntamente con diversos Bancos de Desarrollo a nivel regional, como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Africano de Desarrollo (BAD).

Por otra parte, en materia de control de enfermedades colaboró junto con fundaciones privadas y organismo internacionales como el UNICEF en promover programas verticales alrededor del mundo. También contribuyó en establecer argumentos para justificar este tipo de programas, a través de la creación de sistemas de evaluación costo-eficientes en las iniciativas. Para ello, desarrolló el concepto de 'Disability Adjust Life Year' (DALY) o 'Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad' (AVAD), como una nueva medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada (OMS, 2008). Ello obliga a asignar pesos numéricos a las muy diversas consecuencias no mortales de diferentes enfermedades y lesiones, con el objetivo de evaluar cuáles son las que tiene un impacto

más importante en el crecimiento económico de los países y así abordarlas de manera prioritaria. Desde entonces, el uso de esta medida se ha popularizado considerablemente, a pesar del carácter utilitarista con que valora los procesos de salud-enfermedad de la población.

Aun cuando se suscitaron controversias en torno a las políticas del BM en materia de salud y a su enfoque economicista, sin lugar a duda hacia comienzos de los noventa este organismo se había convertido en una fuerza dominante en el campo de la salud pública a nivel mundial. El BM ocupó, cada vez con mayor destreza y seguridad, el vacío dejado por la ineficaz y debilitada OMS. La mayor `ventaja comparativa' del BM frente a la OMS, fue su capacidad de movilizar grandes cantidades de recursos financieros y construir alianzas con las fundaciones privadas. Igualmente, al introducir indicadores económicos para justificar el abordaje de ciertas enfermedades y grupos poblacionales sobre otros, populariza las iniciativas costo-eficientes basadas en un economicismo a ultranza. Hacia 1990, los préstamos del Banco –únicamente para el área de salud pública en diferentes países– superaron el presupuesto total de la OMS, hacia fines de 1996 la carpeta de préstamos acumulados del Banco en Salud, Nutrición, y Población (SNT)<sup>5</sup> había alcanzado los 13.5 mil millones de dólares (Brown *et al.*, 2006: 93). En el periodo fiscal 1991-1994, el financiamiento del BM para la salud tuvo un incremento de 1.3 mil millones de dólares, mientras que diez años antes había sido de sólo 103 millones de dólares (Davies, 2010: 38).

### *La proliferación de actores y mecanismos en el escenario de la Gobernanza Global en Salud*

Desde los años noventa numerosas organizaciones internacionales y regionales cobran un interés creciente en el campo de la salud. Tanto los Bancos Regionales de Desarrollo,

---

<sup>5</sup> En materia de programas y estadísticas el Banco Mundial crea la división de Salud, Nutrición, y Población (SNT) para hacer referencia a su trabajo en estas tres áreas, por lo que es común encontrar en sus informes que estos aspectos se analizan conjuntamente.

como diversas agencias de la ONU, comienzan a involucrarse más activamente en el sector sanitario, impulsando proyectos de manera individual o participando en alianzas con otros actores. Por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Africano de Desarrollo (BAD), destinan grandes sumas de dinero a programas de combate a enfermedades y se involucran en las reformas al sector salud. Asimismo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), crean y participan en programas globales de salud junto con otros actores públicos y privados. Adicionalmente, se crean nuevas organizaciones internacionales dedicadas a tratar problemas de salud específicos, como es el caso de UNAIDS, agencia de Naciones Unidas dedicada a combatir el VIH-SIDA a nivel global.

Sin embargo, el cambio más importante que acontece durante la década, se relaciona con la creciente participación de los actores no-estatales, quienes se incorporan de manera fluida a los múltiples procesos de gobernanza que se van desarrollando en el transcurso de la década. A nivel nacional, las ONGs locales que trabajan en el sector sanitario proliferan en tipo, número y funciones que realizan (Lee, 2010: 2). Debido a los procesos de privatización del sector salud que se llevan a cabo en los países en desarrollo, y a medida que los Estados se van retrayendo de su papel como prestadores de servicios, las ONGs cobran una relevancia sin precedentes en el sector. Sus acciones se dirigen, principalmente, a la provisión de servicios básicos de salud a poblaciones vulnerables, por lo que su labor tiene un carácter fundamentalmente asistencialista. El trabajo que realizan está centrado en el combate a cierto tipo de enfermedades, principalmente de tipo infeccioso, o bien, a proveer cuidados esenciales a la salud a través de campañas de vacunación, distribución de medicamentos, sueros de rehidratación oral, etcétera.

La mayoría de estas organizaciones se encuentran financiadas por organismos internacionales y regionales de desarrollo, o por alianza entre éstos y Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIS) y actores del sector privado. En este contexto, las agencias del sistema de Naciones Unidas, los bancos de desarrollo, las agencias bilaterales



y las FFIS, emplean a las ONGs nacionales como las principales entidades ejecutoras de sus programas en salud. Como consecuencia, en el transcurso de la década, el financiamiento de las fuentes internacionales se dirige cada vez menos hacia los gobiernos y más hacia las ONGs, quienes paulatinamente se convierten en los agentes implementadores de las iniciativas diseñadas y financiadas por otros actores. Sus acciones, por lo tanto, van acordes con las preferencias de los donantes y permanecen alineadas a sus intereses. A medida que aumentan los fondos internacionales dirigidos al sector salud, las ONGs locales proliferan con rapidez, convirtiéndose en instrumentos paliativos de las problemáticas sanitarias de los países en desarrollo, contribuyendo a extender la cobertura de los servicios básicos abandonando el fortalecimiento generalizado de los sistemas nacionales de salud.

En el plano internacional, las ONGs de alcance regional y global también cobran un papel cada vez más relevante en distintos ámbitos, incluyendo, el establecimiento de la agenda global en materia de salud pública, el cabildeo político, la participación en los debates internacionales sobre problemáticas sanitarias y la vigilancia a los acuerdos intergubernamentales, entre otros. En el transcurso de la década de los noventa, su actividad empieza a cobrar una importancia sin precedentes en las negociaciones internacionales sobre problemáticas de salud. Por ejemplo, gracias al intenso lobby realizado por diversas ONGs de los países desarrollados, el tema del VIH-SIDA se convierte en un tópico prioritario en las cumbres internacionales. Igualmente, el proceso para el establecimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (CMCT), estuvo muy influenciado por las ONGs, las cuales formaron una coalición de más de 250 organizaciones de 90 países llamada de Framework Convention Alliance, dirigida a apoyar la negociación, ratificación y aplicación del Convenio Marco (*ibíd.*: 10).

Además del renovado papel de las ONGs, las FFIS comienzan a jugar un rol cada vez más preponderante debido a los cuantiosos recursos que imprimen al ámbito del desarrollo internacional, sobre todo al sector salud. En el transcurso de las dos últimas décadas se convierten en actores centrales de la GGS, promoviendo proyectos de manera

individual en los países en desarrollo o construyendo fluidas relaciones con otros actores internacionales, entre los que se encuentran numerosas organizaciones intergubernamentales, agencias bilaterales y bancos regionales de desarrollo. La mayoría de estas Fundaciones están directamente relacionadas con ETNs y se asientan en los países desarrollados, principalmente en EE.UU. Entre las principales FFIS que operaban en el ámbito de la salud a principios de la década pasada se encuentran la Fundación de Bill y Melinda Gates, la Fundación Ford y la Fundación MacArthur.

Asimismo, la entrada en escena de las FFIS impulsa la rápida multiplicación de uno de los principales mecanismo del actual SGGs: las Alianzas Público-Privadas (APPs). Las APPs en salud son mecanismos informales de gobernanza, que se definen como relaciones voluntarias de colaboración entre diferentes partes, estatales y no-estatales, que trabajan de manera conjunta para lograr un propósito común o emprender una tarea específica así como para compartir riesgos, responsabilidades, recursos, habilidades y beneficios. Su objetivo central es conjuntar los esfuerzos de múltiples actores, incluyendo organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector privado, para intervenir en problemáticas sanitarias específicas. En este contexto, las APPs pronto se convierten en una importante fuente de recursos para las organizaciones intergubernamentales. A la OMS, por ejemplo, les permite mantener un papel activo en los procesos de gobernanza en salud a pesar del congelamiento de su presupuesto ordinario. Como se verá en los siguientes capítulos, a finales de la década del 2000, las APPs eran uno de los principales vehículos de los programas globales dirigidos a canalizar recursos médicos o brindar apoyo técnico y financiero hacía el sector sanitario.

### *El aumento en los niveles de financiamiento para la Gobernanza Global en Salud*

La intensificación de la interacción entre los actores y la proliferación de los mecanismos de gobernanza informales, va acompañada de un aumento sin precedentes del financiamiento hacia el sector sanitario a partir del año 2000. A principios de los noventa,

la Asistencia al Desarrollo en Salud (ADS) representaba un porcentaje menor del total de la cooperación internacional. Durante esta década, los temas de medio ambiente, población, participación de la mujer y promoción de la democracia se encontraban en el centro de la agenda del desarrollo internacional, acaparando la mayor parte de la atención en las cumbres internacionales. No obstante, la publicación del Primer Informe del PNUD sobre Desarrollo Humano en 1990 y la implementación del índice de Desarrollo Humano (IDH), dejaron al descubierto las grandes desigualdades en materia de salud entre países y regiones.

A raíz de ello, a lo largo de la década la cooperación internacional dirigida a la salud experimentó un aumento progresivo y constante, alcanzando un promedio anual de 5.9%. En términos absolutos, la ADS de 1990 a 2001 pasó de 5.7 mil millones dólares en 1990 a 10.8 mil millones en 2001 (IHME, 2012: 15). Durante esta etapa, las principales fuentes de ADS fueron los Estados y los principales vehículos de canalización las organizaciones multilaterales, incluyendo el BM, los Bancos regionales de desarrollo y diversas agencias de la ONU, especialmente el UNICEF. Gran parte de los recursos reportados se dirigían a los gobiernos de los países en desarrollo y a las ONGs nacionales. El área sanitaria que recibía más atención era la salud materna, neonatal e infantil (SMNI).

A partir del año 2000 la historia del financiamiento en salud comienza a cambiar de forma acelerada. Los recursos de ADS aumentan exponencialmente, creciendo en promedio 11.2% anualmente, es decir, 5.5 % más rápido que durante la década anterior (IHME, 2012). Esto significó una importante escalada en el financiamiento global dirigido a las problemáticas de salud, particularmente hacia el VIH-SIDA, que para ese entonces ya contaba con el status de pandemia. Durante este período las dos principales APPS en salud, GAVI y el FMSTS, reportaron un crecimiento de 24.7% y 40.2%, respectivamente (*ídem*). En relación con las fuentes de financiamiento, además de los Estados, las FFIS y las ETNS encabezaron la lista de principales donantes. Por ejemplo, los recursos provenientes de la Fundación Gates para el 2006 ya superaban lo donado por la mayoría de los países en desarrollo, a excepción de EE.UU. y el Reino Unido.

La ADS proveniente de las agencias bilaterales también creció de manera significativa, principalmente la canalizada a través de los programas bilaterales estadounidenses, la cual representó el 34.8% de la ADS total y mostró un incremento sostenido del 23.3% anual (*ídem*). Igualmente, se experimentaron cambios importantes en relación con los actores encargados de gestionar y administrar los fondos de ADS. De 1990 al 2010, la proporción de ADS canalizada a través de las agencias de la ONU se redujo de 35% a 17%. La participación del BM y los bancos regionales de desarrollo se redujo de 23% en el año 2000 al 8% en el 2010 (*ídem*). Por el contrario, los recursos direccionados hacia las APPs a través del Fondo Mundial y GAVI pasaron de menos del 1% en el 2002 –el primer año para el que se dispone de datos– a 12% y a 4% respectivamente en 2010. Por último, la ADS encauzada a través de las agencias bilaterales de desarrollo se mantuvo relativamente estable: 49% en 1990, 32% en 2000 y 43% en 2010 (*ídem*).

En cuando a los actores receptores de los recursos, los que encabezaron la lista durante la década del 2000 fueron las APPs y los gobiernos de los países en desarrollo. Las agencias de Naciones Unidas –UNICEF, el PNUD, la OMS y el ONUSIDA– así como las ONGs locales e internacionales, quienes también jugaron un papel importante como entidades receptoras. Otra cantidad substancial de recursos se dirigió a las empresas transnacionales farmacéuticas a través de la compra de medicamentos y otros productos para implementar programas. Por ejemplo, se estima que el 48% de los gastos del Fondo Mundial hasta el 2007 se dirigieron a la compra de materias primas, productos y medicamentos en el sector privado (McCoy *et. al*, 2009).

En relación con la adjudicación geográfica de los fondos de ADS no hubo grandes variaciones a lo largo de las dos últimas décadas. Desde los noventa, el África subsahariana es la región que mayor porcentaje de fondos ha recibido. De 2001 a 2010 los recursos canalizados hacia esta región experimentaron un incremento de 19.6% anual. Ello se debe a que en el África subsahariana se encuentran los países de ingresos per cápita más bajos del mundo y al alto índice de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales (IHME, 2012).

En suma, desde finales de los años setenta hasta la década pasada, el SGGs sufrió grandes transformaciones. Poco después de que se reconoce en la Declaración de Alma-Ata que la salud es un asunto directamente relacionado con el orden económico y social y con la distribución de los recursos, el movimiento de la APS sucumbe ante el impulso generalizado de las políticas económicas neoliberales en los países en desarrollo. En cuestión de tres décadas, el locus de la gobernanza en salud se trasladó de un ámbito básicamente nacional al escenario global. A medida que se comenzó a desplegar un complejo proceso de reorganización mundial de los mercados internacionales, no sólo las funciones de los actores tradicionales se vieron profundamente modificadas, sino que se crearon nuevos mecanismos de gobernanza que de manera acelerada cobran una relevancia fundamental desde finales de los años noventa. Ello ha derivado en un complejo Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) que a pesar de canalizar cuantiosos recursos hacía múltiples problemáticas, no ha logrado ofrecer los resultados esperados. Bajo estas consideraciones, comenzaremos el análisis de los actores y mecanismos del SGGs, con ánimo de brindar un panorama amplio del mismo hacia la articulación de la investigación teórica con los elementos empíricos.

### **CAPÍTULO 3: ACTORES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD**

Como pudo observarse en el capítulo anterior, el Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) está conformado por múltiples actores de características marcadamente heterogéneas. Mediante sus prácticas e interrelaciones, estos actores dan vida al sistema y determinan la dinámica de su funcionamiento. Cada actor posee distintos atributos, recursos y formas de organización, a través de las cuales influye, en diferentes grados, sobre los procesos de gobernanza que se despliegan al interior del Sistema. Los actores de la GGS incluyen todas aquellas organizaciones que tienen injerencia en el ámbito de la salud, ya sea como fuentes de financiamiento, como prestadores de servicios o por la influencia que tienen sobre el establecimiento de la agenda y las políticas del sector. Pueden tener un espectro de actuación local, nacional, regional o global, además de que sus prácticas que pueden ser de carácter público o privado.

Algunos actores tienen como disposición influir en áreas principalmente relacionadas con el sector salud, como la OMS o diversas ONGs internacionales, mientras para otros el sector salud sólo constituye una más de sus múltiples áreas de acción, como el caso de los Estados nacionales o instituciones internacionales como el Banco Mundial (BM). Asimismo, mientras algunos de estos actores tienen objetivos muy específicos, por ejemplo aquellos que se enfocan en ejecutar programas dirigidos sobre una enfermedad determinada, otros cumplen múltiples funciones como fuentes de financiamiento, agentes de planificación y ejecución de programas, o bien, como entidades de cabildeo. Debido a ello, no existe una estructura clara de responsabilidades y funciones, por lo que los roles que juegan los distintos actores no pueden ser definidos con precisión. En este sentido, autores como Ng y Ruger (2001) afirman que no es posible entender el escenario de la GGS como una estructura rígida con una arquitectura institucional bien definida, sino como un espacio fluido en donde los actores no cuentan con roles y líneas de responsabilidad precisas.

De igual forma, los grados de influencia que tiene cada actor sobre el Sistema y

sobre los otros actores varían enormemente. Mientras algunos mantienen una participación tangencial, debido a que sus acciones se limitan a escenarios locales o sus funciones tienen un alcance reducido, otros tienen una importancia fundamental sobre la mayoría de los procesos de gobernanza en salud desarrollados durante las últimas décadas. Como se expondrá en adelante, entre estos dos extremos del espectro de la GGS se encuentra el accionar de la totalidad de los actores, donde algunos tienen un impacto substancial sobre la organización y el desarrollo de los servicios nacionales de salud, otros sobre el tipo de programas de salud que se implementan a nivel global para abordar problemáticas sanitarias y otros sobre áreas acotadas del sector sanitario. En términos del Sistema, las prácticas de ciertos actores de la GGS mantienen un espectro de interrelación dinámico estableciendo diversas alianzas con múltiples actores, mientras otros actúan en escenarios acotados manteniendo escasa interacción con el resto de procesos y actores.

En este contexto, examinar a los actores de manera individual constituye una tarea ineludible para comprender las características del Sistema como totalidad. Sin embargo, es importante reconocer que la proliferación en el número y el tipo de actores así como la intensa interacción que mantienen entre ellos, complica enormemente el cumplimiento exhaustivo de esta tarea. Por lo tanto, para cumplir con el objetivo de este capítulo, se realiza una primera aproximación al SGGs, enfocando la atención en los actores con mayores capacidades en la conformación del Sistema, examinando detalladamente su historia, sus intereses, sus prácticas y sus formas de interacción con el resto de los actores.

## **Actores estatales del sistema de gobernanza global en salud**

### *Organización Mundial de la Salud*

Uno de los actores más destacados del Sistema desde su formación ha sido la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque sus niveles de influencia en el sector sanitario han variado a lo largo del tiempo, la OMS siempre ha mantenido una presencia

importante en los principales procesos de gobernanza en materia de salud pública. No obstante, es fundamental examinar el papel que juega actualmente en el Sistema y la forma en que han evolucionado sus relaciones con los otros actores, a fin de sopesar su peso real en el contexto contemporáneo del SGG. A pesar de ser vista desde diversos círculos institucionales y académicos como la organización líder en materia de salud a nivel mundial, en realidad hoy su impacto efectivo en el sector salud no es tan significativo como se esperaría.

La OMS fue creada en 1948, actualmente se encuentra integrada por 192 Estados Miembros más 2 Miembros Asociados, los cuales se reúnen anualmente en Ginebra en el marco de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), con el fin de establecer la política general de la Organización, aprobar su presupuesto y, cada cinco años, nombrar al Director General. La finalidad de la OMS, según su Carta Constitutiva, es 'alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud', entendiendo la salud como 'un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades' (OMS, 1948).

La labor de la OMS está respaldada por los 34 miembros del Consejo Ejecutivo, elegido por la AMS. Cuenta con 6 Comités Regionales que se ocupan de las cuestiones sanitarias de carácter regional (OMS, 2006:2). La Asamblea es el máximo órgano rector de la Organización y está integrada por un representante de cada Estado miembro. Cada país cuenta con un voto en la Asamblea por lo que es considerada un mecanismo altamente democrático. A diferencia de otras agencias subsidiarias del sistema de Naciones Unidas, la OMS cuenta con un sistema de financiamiento autónomo y su propio órgano de gobierno (People's Health Movement, 2005). Como organización intergubernamental, tiene el mandato de establecer o influir en las leyes, reglamentos y directrices que establecen las bases de las políticas de salud a nivel internacional y nacional (People's Health Movement, 2008). Entre las funciones básicas de la Organización se encuentran:

- ofrecer liderazgo en temas cruciales para la salud y participar en alianzas cuando se requieran actuaciones conjuntas;



- determinar las líneas de investigación y estimular la producción, difusión y aplicación de conocimientos valiosos en materia de salud;
- establecer normas y promover y seguir de cerca su aplicación en la práctica;
- formular opciones de política que aúnen principios éticos y de fundamento científico;
- prestar apoyo técnico, catalizar el cambio y crear capacidad institucional duradera en el ámbito de la salud;
- seguir de cerca la situación en materia de salud y determinar las tendencias sanitarias a nivel mundial.

Al realizar un recuento de los principales hitos históricos de la OMS, es posible percibir la magnitud de sus problemas y la complejidad del entorno en el que opera. Como toda organización intergubernamental, se encuentra inmersa en la marea de la política internacional, lo que la hace vulnerable a un contexto global cambiante poblado por actores heterogéneos que buscan impulsar sus intereses en distintos ámbitos sin considerar la viabilidad del sistema en su conjunto. En las últimas tres décadas, la Organización se ha enfrentado a un escenario de salud atravesado por múltiples transformaciones y problemáticas a las que no ha logrado hacer frente adecuadamente.

### *Historia de la OMS*

Como se describió en el capítulo anterior, desde su creación hasta finales de los años setenta, la OMS gozó del monopolio sobre los programas internacionales de salud pública. Durante décadas mantuvo la reputación de ser la máxima autoridad en materia sanitaria a nivel mundial, su papel principal era fungir como una organización internacional de carácter técnico, enfocada sobre el control de enfermedades, por lo que contaba con los recursos y el respaldo suficiente para poner en marcha campañas sanitarias masivas a nivel global. Desde su creación hasta 1973, la OMS contó únicamente con dos Directores

Generales: Brock Chisholm (1948-1953) y Marcolino Candau (1953-1973). En esta primera etapa, el énfasis estuvo enfocado en reducir los índices de mortalidad y de enfermedad, a través de programas verticales de amplio alcance. Esta etapa se desarrolló en un contexto de acelerada producción de tecnología médica y de producción masiva de vacunas. El logro más conmemorable en esta fase fue la erradicación mundial de la viruela, lo que hizo patente el potencial de la OMS para implementar proyectos de control de enfermedades con impactos inmediatos (Davis, 2010: 35).

Cuando inicia el periodo del tercer Director General, Halfdan Mahler (1973-1988), comenzaron a soplar vientos de cambio al interior de la Organización. A partir de entonces, se cuestiona fuertemente la efectividad y la sustentabilidad de los programas verticales y se resalta la importancia de expandir el acceso a los servicios sanitarios. Durante esta fase, irrumpe un importante proceso de `politización´ al interior de la Organización, el cual se ve influenciado por un escenario político internacional caracterizado por la aparición de naciones descolonizadas y la extensión de movimientos antiimperialistas (Cueto, 2006) que impactan en la conformación del orden global. En el transcurso de los años setenta, diversos países en desarrollo empiezan a implementar estrategias horizontales dirigidas a expandir la cobertura en salud desde un enfoque social, popularizándose los programas de Atención Primaria a la Salud (APS).

A pesar del entusiasmo y optimismo que se gesta en el seno de la OMS durante este período, la génesis del movimiento por la APS y los principios de Alma-Ata tuvieron una corta historia. Desde la perspectiva de los principales países desarrollados no se observó con buenos ojos el proceso de politización de la OMS y se juzgaron negativamente las nuevas iniciativas promovidas por la Organización. Como se argumentó en el capítulo anterior, los preceptos de la declaración de Alma-Ata y de la APS, no sólo suponían un desafío directo al pensamiento económico y político hegemónico, sino que además no tenían cabida en medio de un proceso complejo de reorganización mundial de los mercados internacionales, basado en el adelgazamiento de las funciones estatales y en la liberalización del comercio. Ciertamente, el impulso generalizado de las políticas

neoliberales a nivel mundial, iba a contrapelo de las iniciativas horizontales de salud. Como resultado, la OMS se convirtió en una amenaza para los intereses de las elites económicas y políticas mundiales.

Consecuentemente, a partir de los años ochenta se pone en marcha una estrategia concertada para restarle poder y voz a la Organización. Poco a poco la OMS pierde su preponderancia e inicia un periodo de descenso que afecta su presupuesto, reputación y capacidad de acción. Su poder de decisión en torno a las problemáticas de salud pública mundial se ve amenazado por la entrada en escena de nuevos y poderosos actores que hasta entonces no se habían involucrado en el sector. Su capacidad de tomar decisiones de manera independiente fue cada vez más restringida, su presupuesto fue congelado y la precaria situación por la que transcurría se agudizó con el nombramiento de Hiroshi Nakajima (1988-1998) como Director General, quien recibió intensas críticas por su mala gestión administrativa.

Al inicio de la década de los noventa, bajo el mandato de Nakajima, la OMS se ve forzada a transformarse a fin de sobrevivir en un ámbito institucional cada vez más hostil. En enero de 1992, se conformó un 'Grupo de Trabajo' para investigar y sugerir de qué manera la OMS podía ser más eficaz en su labor, teniendo en consideración el 'cambio global' que acontecía en el momento (Brown et al., 2006: 94). El informe final del Grupo de Trabajo recomendó a la OMS reformular sus propuestas e iniciar una colaboración cordial y activa con los otros actores del SGGs, esto se tradujo prácticamente en un mayor acercamiento al enfoque y las iniciativas BM.

A partir de ese momento la OMS entra en una nueva fase, caracterizada por el regreso a las iniciativas técnicas y verticales, pero ahora basadas en el modelo neoliberal de atención a la salud (Davies, 2010: 37). La Organización decide dejar a un lado el activismo político, pulir sus relaciones y caminar obedientemente al paso del BM. Entra a formar parte del programa Children's Vaccine Initiative, impulsado por un grupo de actores públicos y privados a principios de los años noventa, como un intento por permanecer al corriente de UNICEF, el Banco y la Fundación Rockefeller (Brown *et al.*,

2006). Durante esta fase, la OMS conservó un perfil bajo en la agenda y programas de salud pública mundial. No es de sorprender el silencio que mantuvo frente a los efectos negativos que tuvieron las Reformas al Sector Salud (RSS) en los países en desarrollo y el accionar de las ETNS.

En 1998 la OMS elige un nuevo Director General, el médico noruego Gro Harlem Brundtland, con la esperanza de restaurar la credibilidad de la Organización y dotarla de un carácter propio y una nueva visión (*ídem*). A partir de ese momento, inicia una nueva fase en la OMS caracterizada por un mayor protagonismo en la escena internacional. La sólida experiencia de Brundtland en el ámbito de la salud pública y su gran capacidad de liderazgo, trajo enormes expectativas al interior de la Organización. A comparación de la escuálida gestión administrativa de su predecesor, se puede afirmar que su mandato fue destacado aunque no exento de controversias. Su principal éxito fue otorgarle un papel más substancial a la OMS en el espacio de salud pública mundial. A través de un intenso lobby político entre las agencias de desarrollo internacional y grupos de poder como el G8, logró persuadir a los líderes mundiales para incluir cuatro metas de salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) e inicio una interacción más rica y consistente con otros actores del Sistema. Asimismo, durante su gestión la OMS participó activamente en las principales APPS que se fundan a principios de la primera década del siglo XXI –Alianza GAVI, Roll back Malaria Campaign, Global Fund, entre otras– (Davis, 2010: 39).

El período de Brundtland también se destacó por el enfrentamiento de la OMS con las tabacaleras transnacionales. Después de un larga batalla en contra de las prácticas comerciales de la industria del tabaco, se logró iniciar negociaciones para desarrollar el Framework Convention on Tobacco Control –primera convención internacional vinculante en materia de salud pública–. Además de este importante logro, trató de generar un notable acercamiento con la sociedad civil a través de la estrategia Civil Society Initiative, impulsada en el año 2000, la cual buscó reapuntalar las gastadas relaciones de la OMS con las ONGs. A nivel de la estructura interna, Brundtland impulsó amplias reformas encaminadas a hacer la Organización de corte más empresarial, orientada a resultados y

reduciendo la pesada burocracia que siempre la caracterizó (People's Health Movement, 2005: 247).

A pesar del éxito que alcanzó Brundtland en diferentes áreas y de elevar el papel de la OMS en la arena internacional, su mandato fue contradictorio y falto de sustancia (*idem*). La principal carta que utilizó para promover sus iniciativas fue el vínculo entre 'salud y desarrollo económico' –que hasta entonces había sido la bandera distintiva del BM–. Desde esta perspectiva, promovió las inversiones en el sector sanitario desde el ámbito privado, reformulando el discurso del Banco de manera menos técnica y con un lenguaje más centrado en el desarrollo social, lo que se dio a conocer como la propuesta de Good Health Investments. Secundó abiertamente las iniciativas costo-eficientes al participar en numerosos proyectos con otros actores así como en una gran diversidad de APPS, al tiempo que hizo poco énfasis en la necesidad de fortalecer los sistemas públicos de salud y el acceso universal a los servicios.

Por otra parte, a pesar de que libra una batalla con las compañías tabacaleras transnacionales, no intenta hacer frente a los problemas con las compañías farmacéuticas, tratando muy tangencialmente el asunto de las medicinas esenciales (Davis, 2010: 39). En efecto, su relación con las ETNs farmacéuticas para implementar programas de salud es vista como peligrosa por diversos analistas en salud pública, quienes han señalado la incapacidad de la Organización para mantenerse independiente de los intereses corporativos (*idem*). El optimismo interno generado al inicio de su mandato (People's Health Movement, 2005: 247), pronto se ve opacado por una relación cada vez más estrecha con el BM y el sector privado.

El nombramiento de su sucesor, el Dr. Lee Jong-wook, fue inicialmente recibido con entusiasmo al interior de la OMS, ya que había sido funcionario de la Organización por más de veinte años y conocía sus problemáticas de primera mano. En su corta gestión – muere inesperadamente tres años después de asumir el cargo– Lee alcanza ciertos logros importantes como la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco, el manejo del brote de Síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003 y la adopción de

una versión revisada del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) en 2005 (Benkimoun, 2006). También crea la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para recolectar evidencia sobre las acciones podrían tomarse para promover la equidad en salud e impulsar un movimiento mundial para alcanzarla (Davis, 2010: 40).

La iniciativa más importante –y más criticada– que impulsa Lee durante su mandato, fue el famoso programa `3 por 5´ lanzado durante 2003. Este programa tuvo como objetivo pasar de 200 mil pacientes que durante 2003 recibían medicamentos antirretrovirales para el VIH-SIDA en los países en desarrollo, a 3 millones de pacientes para finales del 2005. La meta del programa, sin duda demasiado ambiciosa y difícil de cumplir, no tuvo buenos resultados a pesar de que la OMS destinó \$ 300 millones de dólares de su presupuesto entre 2004 y 2005 (Benkimoun, 2006). La idea de proporcionar costosos medicamentos de patente a tres millones de personas con VIH-SIDA –únicamente el 50% de las personas que los requieren–, sin tomar una posición en el debate de los medicamentos genéricos para esa enfermedad, fue juzgada como absurda y engañosa (*idem*). Sin duda, Lee subestimó las problemáticas en torno al acceso al tratamiento, incluyendo la necesidad de la producción genérica y la importancia de fortalecer los sistemas locales de salud para proporcionar tratamiento a largo plazo y bajo vigilancia médica. En contraste – a pesar de los desatinos del programa desde su planteamiento– recibió apoyo a cabalidad por la mayor parte de países desarrollados, ya que se planteaba metas concretas sin profundizar en temas delicados como las patentes y la privatización de los sistemas de salud.

Asimismo, Lee sufre duras críticas desde la sociedad civil por tener una actitud complaciente con la industria alimentaria transnacional y no defender con mayor firmeza los intereses de salud pública en este sentido. En las negociaciones sobre la Estrategia Mundial sobre el Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de 2004 –destinada a reducir los índices de obesidad a nivel mundial– la actuación de la OMS dejó mucho que desear. Lamentablemente, la Organización estaba siendo vigilada atentamente por las ETNs y los países desarrollados, de manera que su capacidad de acción se vio más que

limitada. La Organización finalmente optó por tomar una postura de bajo perfil y no inmiscuirse de lleno en el asunto. A raíz de ello, el representante de la UE en la AMS señaló que para la OMS no era `tarea fácil hacer frente a una industria tan poderosa (...), las tensiones son muy fuertes y no se puede esperar que la Organización, con una docena de trabajadores en Ginebra, cambie las políticas de la industria de la alimentación, cuyos recursos financieros exceden por mucho el presupuesto de la OMS' (*idem*).

La conclusión de estas dos experiencias paradigmáticas, características del mandato de Lee, es que mientras la OMS se dedique obedientemente a promover estrategias verticales enfocadas sobre enfermedades infecciosas recibe el apoyo contundente de todos los actores, sin importar lo asertivo o equivocado de las iniciativas que se propongan. Por el contrario, si se trata de impulsar políticas en torno al acceso a medicamentos, cuestiones de nutrición o de acceso a los servicios de salud –asuntos que pueden afectar los intereses de las ETNs– las críticas y el boicot desde los países desarrollados hacia la Organización se hacen inmediatamente presentes, especialmente por parte de los EE.UU.

En el 2006 se eligió a la actual Directora General de la OMS, Margaret Chan, quien fue la encargada de contender la crisis de Influenza H1N1 durante 2009. Hasta ahora, su mandato se ha destacado por dos cuestiones principales, por un lado, en el 2010 lanzó la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño, la cual se ha convertido en el eje central de los programas globales que impulsa actualmente la OMS. La propuesta está dirigida a alcanzar las metas 4 y 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, enfocados en reducir la mortalidad infantil y promover la salud materna. Por otra parte, a partir de las nuevas Regulaciones Internacionales en Salud (RIS) aprobadas en 2005 y de los brotes epidémicos que acontecieron en la década anterior –SARS, Gripe Avial, Influenza– el papel de la OMS en torno al control de la expansión espacial de enfermedades se ha afianzado enormemente.

Hoy por hoy, el tema de la `seguridad en salud' se ha convertido en una prioridad para la Organización. Este nuevo énfasis ha sido bien recibido por los países en desarrollo,

para quienes el asunto de la expansión de enfermedades infecciosas es fundamental dentro de las agendas de seguridad estatal. La OMS siempre ha tenido un liderazgo mundial en la recolección, el análisis y la diseminación de evidencias en torno a enfermedades infecciosas, en este sentido, es sin duda la autoridad líder en la creación de lineamientos y estándares para este fin (People's Health Movement, 2005). A partir de la entrada en vigor del nuevo RIS en 2007 –piedra angular de la gobernanza de enfermedades infecciosas–, el papel de la OMS en este ámbito se ha tornado de capital importancia, por lo que cuantiosos recursos y atención han fluido hacia esta área en los últimos años. Esto ha dado como resultado que la OMS retome su autoridad en asuntos técnicos relacionados con enfermedades infecciosas y trate sólo tangencialmente otras áreas importantes de salud pública como el incremento en las enfermedades no-infecciosas alrededor del mundo y el acceso universal a los servicios (Davies, 2010).

En cuanto al control de enfermedades infecciosas, la OMS hoy parte de la idea de que la única manera de reconocer las amenazas a la seguridad mundial planteadas por la expansión espacial de este tipo de enfermedades, es la creación de mecanismos robustos y sofisticados de cooperación internacional que permitan tomar medidas para que las crisis epidemiológicas locales no se conviertan en crisis globales (Rushton, 2009). Todos los mecanismos que se han creado recientemente, han sido establecidos y son controlados por la OMS, a quien también se ha encomendado la tarea de asistir a los Estados para que desarrollen la infraestructura necesaria para implementar las regulaciones correspondientes y crear los sistemas de vigilancia epidemiológica necesarios (*ídem*). Una gran cantidad de recursos están siendo ahora dirigidos hacia esta área, la cual, a pesar de tener gran importancia, se enfoca sobre un ámbito muy reducido de la salud pública internacional.

Este nuevo viraje de la OMS le plantea grandes desafíos. A medida que el tema de la seguridad epidemiológica cobra una importancia creciente otros temas, como el derecho a la salud o el debate sobre medicamentos genéricos, pierden relevancia. Aunque para una parte importante de la sociedad sería una fortuna que la OMS centre sus esfuerzos –



actualmente dispersos en diversas áreas– específicamente sobre esa problemática, lo cierto es que ello representaría la victoria contundente de los enfoques verticales sobre los horizontales, de los enfoques técnicos sobre los enfoques basados en los determinantes sociales y de las estrategias dirigidas a enfermedades específicas sobre las destinadas a fortalecer los sistemas de salud pública y el acceso a los servicios. Lo más lamentable de la situación actual, es que la OMS no tendrá la autonomía suficiente para determinar su propia agenda y trazar sus objetivos, ya que se encuentra cautiva por los intereses de los actores que controlan su presupuesto.

### *El problema del financiamiento: ¿de dónde vienen y hacia dónde van los fondos?*

Como se mencionó en el capítulo anterior, la OMS se nutre de dos tipos de fondos, por un lado cuenta con los fondos del presupuesto ordinario, los cuales se componen de las contribuciones obligatorias de los Estados miembros y se calculan en base a la población y el tamaño de cada economía –las decisiones acerca el uso de estos fondos recae sobre la AMS–; por otro lado cuenta con los fondos extra-presupuestarios que recibe a través de dadas o subvenciones provenientes de diversas fuentes, incluyendo Estados miembros, agencias de desarrollo, organizaciones no gubernamentales, fundaciones privadas y empresas, entre otros. Este tipo de fondos no están sujetos a las decisiones de la Asamblea, sino que se destinan a iniciativas particulares. En su mayoría están dirigidas a proyectos específicos, es decir, tienen un carácter condicionado y requieren planes y reportes para los donantes (OMS, 2011). Por ejemplo, una fundación filantrópica puede realizar una donación a la Organización, dirigida específicamente a un proyecto dentro de una iniciativa de salud materno-infantil, o una empresa puede donar fondos para la compra de medicamentos como parte de un programa de control de VIH-SIDA.

La contribución relativa de fondos del presupuesto ordinario y fondos extra-presupuestales o voluntarios se han modificado con el tiempo. Mientras en 1970 los fondos extra-presupuestales no llegaban al 20% del presupuesto total de la Organización –

y la mayoría de este tipo de fondos provenían de otras agencias de Naciones Unidas–, actualmente más del 80% del presupuesto proviene de fondos extraordinarios (People’s Health Movement, 2011). En el periodo 1990-1991 los fondos extra-presupuestales rebasaron, por vez primera, a los presupuestales (Lee, 2008) y desde entonces han ido en constante ascenso (OMS, 2011). En 2010, los Estados miembros fueron la principal fuente de contribuciones extra-presupuestales con el 53%. El 21% provino de otras agencias del sistema de Naciones Unidas y organizaciones intergubernamentales, el 18% de fundaciones filantrópicas, el 7% de ONGs y otras instituciones mientras el 1% vino directamente del sector privado. En el Gráfico C1 se puede apreciar las fuentes de las que se conforma el presupuesto voluntario de la Organización.

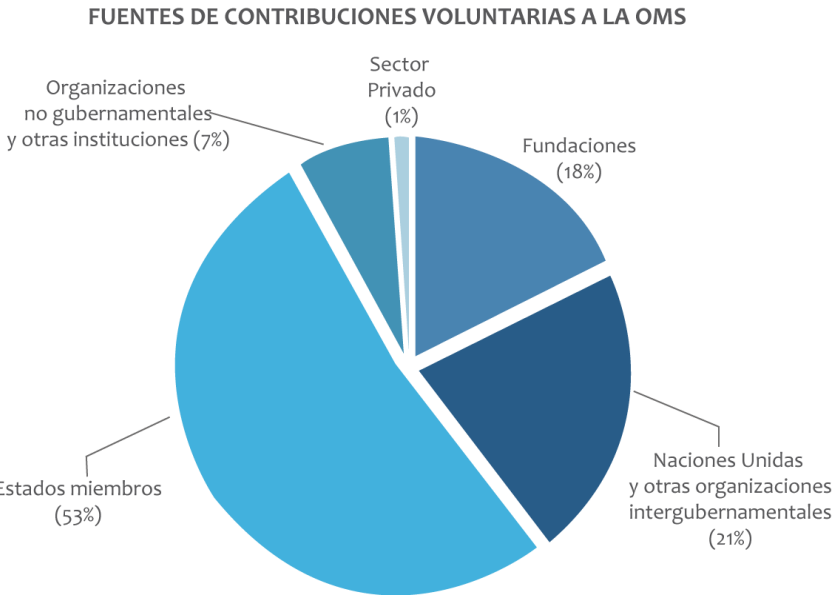


Gráfico C1  
Fuente: OMS, 2010

Desde la década de los ochenta, algunos países han tendido a aumentar su contribución al presupuesto de la Organización básicamente a través de contribuciones voluntarias. En el Gráfico C2 podemos observar la diferencia entre los aportes regulares y extra-presupuestales de los principales Estados contribuyentes.

CONTRIBUCIONES A LA OMS DE LOS ESTADOS MIEMBROS PERIODO 2010-2011

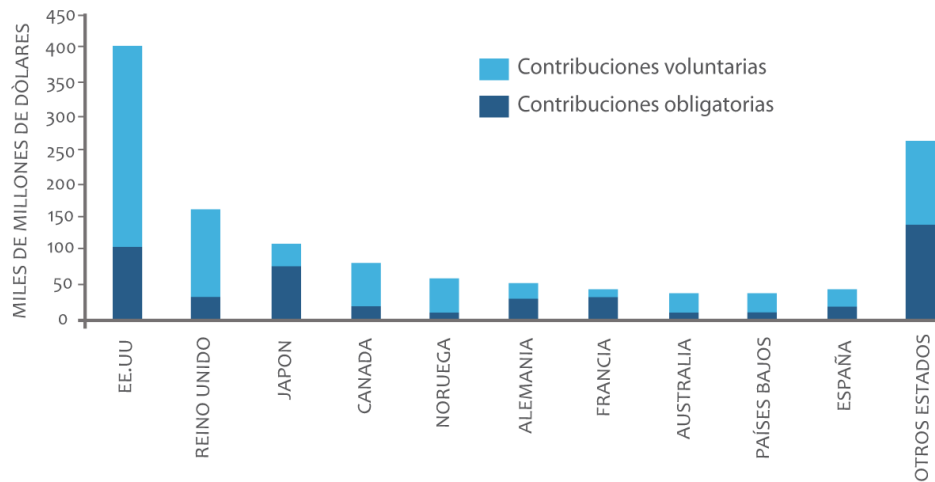


Gráfico C2  
Fuente: OMS, 2010

Esta estrategia ha permitido a los Estados tener mayor control sobre la forma en la que se utilizan los recursos que se adjudican a la Organización. Este fenómeno ha tenido tres consecuencias principales: a) la mayoría de iniciativas y programas que la OMS impulsa en la actualidad están relacionados con las preferencias de los principales donantes de fondos extra-presupuestales; b) lo anterior ha debilitado la posición de la OMS como órgano rector de Organización, restándole importancia a su papel en los procesos de toma de decisión, y; c) ha forzado a los departamentos y agencias de la Organización a entrar en una fuerte competencia por los recursos voluntarios. Como se señala en el Informe 2011 de Global Health Watch:

“Today, the WHO is sustained through a financing system that undermines coherent planning and that forces the WHO departments and divisions to compete with each other (and with other organizations) for scarce funds. Consequently, health priorities are distorted, and even neglected, to conform to the desires of donors and to the requirement to demonstrate quick results to

“En la actualidad, la OMS se sustenta a través de un sistema de financiación que socava la planificación coherente y fuerza a los departamentos y divisiones a competir entre sí (y con otras organizaciones) por fondos escasos. Las prioridades de salud están siendo distorsionadas e incluso descuidadas, para ajustarse a los intereses de los donantes y la exigencia de demostrar resultados

them´.

inmediatos´  
(People´s Health Movement, 2005).

Durante 2006, EE.UU. fue el mayor contribuyente en términos de fondos regulares y de extra-presupuestarios, seguido por el Reino Unido, Japón, Canadá, Noruega, Francia, Suecia, Alemania y los Países Bajos. La Fundación Gates aportó contribuciones voluntarias de \$ 99.4 millones en 2006, lo que lo convirtió en el tercer mayor contribuyente –en el mismo rango que Japón– de fondos a la OMS, después de EE.UU y Reino Unido (OMS, 2007). El presupuesto regular se dirige principalmente a gastos burocráticos, iniciativas de APS y capacitación e investigación, mientras que la mayor parte de los fondos extra-presupuestarios están dirigidos a programas verticales para un número reducido de enfermedades (Davis, 2010: 34).

Además del problema de los fondos extra-presupuestales, actualmente la OMS se encuentra en una grave crisis financiera, ya que la mayoría de países dan contribuciones por debajo de lo debido. EE.UU, por ejemplo, debería proporcionar el 25% del total de presupuesto regular, sin embargo, paga únicamente el 80% de su cuota y prefiere canalizar la mayoría de los recursos que da a la Organización a través de fondos extra-presupuestarios. Lo mismo hacen países como el Reino Unido, Canadá y Francia (*idem*). Esta situación ha empujado a la Organización a canalizar la mayor parte de su trabajo a través de `programas especiales y pactos de colaboración´ sobre los que tiene poco poder de decisión. En los últimos años la OMS ha tendido a dedicar una parte importante de su presupuesto a participar en este tipo de programas, tan sólo durante 2010 participó en las siguientes alianzas:

- Alliance for Health Policy and Systems Research
- The Joint FAO/WHO, Food Standards Programme (Codex Alimentarius)
- European Observatory on Health Systems and Policies
- GAVI Alliance
- Global Health Workforce Alliance
- Global Polio Eradication Initiative
- Health and Nutrition Tracking Service
- Intergovernmental Forum on Chemical Safety
- UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases
- UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and

- Research Training in Human Reproduction
- WHO/UNAIDS HIV Vaccine Initiative (including the African AIDS Vaccine Programme)
- Initiative for Vaccine Research
- Partnership for the control of neglected tropical diseases
- Tripartite Agreement WHO-FAO-OIE on avian influenza management and other emerging diseases
- World Alliance for Patient Safety
- Stop TB Partnership, including Green Light Committee and Global Laboratory Initiative

Si se analiza hacia donde se destina el presupuesto de la Organización en términos de las metas estratégicas, tomando el periodo de 2008-2009, podemos observar que un porcentaje importante del mismo se encuentra dirigido a enfermedades infecciosas. El 37.8% de los fondos totales se destinaron para combatir enfermedades infecciosas –VIH-SIDA, malaria, tuberculosis, entre otras–. Más del 90% del presupuesto destinado a estas enfermedades provienen de fondos extra-presupuestarios, mientras que el presupuesto destinado a los sistemas de salud, es decir a los determinantes sociales y económicos de la salud, la nutrición y seguridad alimentaria –todas áreas fundamentales para abordar las causas subyacentes de la enfermedad– sólo llegan al 16.8%.

La mayoría de los programas promovidos por la Organización no son diseñados por la OMS, sino que representan programas de colaboración con múltiples actores y APPS. Esto se traduce en que la Organización ha perdido cada vez más su autonomía para implementar estrategias propias y ha debido acoplarse a los objetivos y estrategias trazados por otros actores. En efecto, se ha convertido en un socio tangencial de los cientos de programas que se crean anualmente en materia de salud global, impidiendo que se establezca una estrategia coherente y de largo plazo. Como consecuencia, temas fundamentales en la agenda de la salud pública mundial, como lo son las enfermedades no-transmisibles –las cuales representan actualmente la principal causa de muerte en la mayoría de países– reciben una atención muy marginal. Asimismo, a cuestiones relacionadas con los determinantes sociales de la salud o los factores de riesgo a la salud, se les destina porcentajes poco significativos de los recursos totales.

Estos 'arreglos financieros' han tenido un impacto profundo en el desarrollo de la OMS (*ibíd.*: 35). En teoría, las asignaciones presupuestarias están determinadas por la AMS

y los Comités Regionales de la OMS. En la práctica, son establecidos por la Secretaría de la OMS, bajo la influencia de los principales donantes quienes determinan el tipo de estrategias a las que se destinará el presupuesto (People's Health Movement, 2008). De esta manera, se puede concluir que actualmente la Organización se encuentra cautiva de los intereses de sus principales fuentes de financiamiento, es decir, un pequeño grupo de países en desarrollo y fundaciones filantrópicas internacionales cuya preferencia es invertir en programas verticales, de carácter costo-eficiente, que proporcionen resultados inmediatos.

'The US and other OECD countries exert tight control over WHO, not least because of their control of funding. Recent public discussions have shown how the US in particular continually pressurizes WHO to steer clear of 'macroeconomics' and 'trade issues' that it says are outside its scope, and to avoid such terminology as 'the right to health'.

'EE.UU. y otros países de la OCDE ejercen un control estricto sobre la OMS, sobre todo porque tiene control de sus fondos. Recientes discusiones públicas han demostrado la forma en que EE.UU. continuamente presiona a la OMS para alejarla de temas macroeconómicos y comerciales, argumentando que están fuera de su alcance, y para evitar que usen términos como el 'derecho a la salud'. (People's Health Movement, 2005).

Muchos Estados miembros, en particular los países en desarrollo, apoyan la idea de que la OMS desempeñe un papel rector central para coordinar el papel de los actores que participan en las iniciativas de salud, incluyendo otros organismos internacionales, agencias bilaterales y actores privados. Para contrarrestar este lobby que demanda el liderazgo y la independencia de la Organización, existe una fuerte corriente que busca caracterizar a la OMS como una agencia 'técnica', la cual debe ocuparse sólo de las cuestiones relacionadas con el control de las enfermedades transmisibles y el desarrollo de normas y estándares biomédicos.

Dentro del SGGs, sin lugar a duda, la OMS juega un papel central en ciertas áreas sanitarias –por ejemplo en torno a la vigilancia epidemiológica– y es una fuente fundamental de conocimiento científico y técnico. Sin embargo, su debilidad institucional

y el endeble liderazgo político que ejerce le han restado capacidad de influencia. La principal dificultad que enfrenta la OMS, es el encontrarse sujeta a los intereses de los actores más poderosos dentro del SGGs. Lo anterior es un asunto que difícilmente va a poder superar en los próximos años, a pesar de los esfuerzos que se hagan al interior de la Organización para tratar de establecer objetivos propios y desarrollar una estrategia de acción conforme con los mismos. A pesar de ser un actor central del Sistema, principalmente por su papel histórico y su legitimidad, su poder de decisión y acción se han visto minado por las dificultades de un contexto global condicionado por una feroz lucha de intereses entre actores.

### *El Banco Mundial*

En el Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS), el Banco Mundial (BM) no sólo se ha convertido en un actor central desde los años ochenta, sino que ha ejerciendo desde entonces un liderazgo sin precedentes en el ámbito de la salud pública mundial. Hoy por hoy, el BM es una fuente vital de financiamiento para el sector salud en países de ingresos medios y bajos, y cuenta con una importancia central en la dirección de las políticas globales en salud (Harman, 2009: 227). No sólo se ha convertido en la autoridad experta en materia de política sanitaria, sino que ha logrado exportar efectivamente su lógica de mercado al funcionamiento y la organización de las principales iniciativas internacionales en salud. A pesar de que su papel como actor central del Sistema se ha visto contrarrestado en los últimos años por el categórico protagonismo de actores no-estatales –como la Fundación de Bill y Melinda Gates–, aún mantiene una influencia fundamental sobre los actores y programas que se impulsan en el ámbito de la salud global.

El BM es una organización intergubernamental creada a finales de la Segunda Guerra Mundial que tiene como mandato, según lo establecido en sus estatutos, ‘combatir la pobreza y promover el desarrollo en el mundo’, actualmente cuenta con 188 países miembros. Lo conforman dos instituciones principales: el Banco Internacional de

Reconstrucción y Fomento (BIRF) y la Asociación Internacional de Fomento (AIF). El objetivo del BIRF es reducir la pobreza en los países de ingreso mediano y las naciones pobres con capacidad crediticia; mientras el objetivo del AIF es impulsar actividades de desarrollo en los países más pobres (Banco Mundial, 2013). Sus acciones se encuentran basadas en dos tipos de estrategias: las estrategias temáticas y sectoriales, que se orientan a la lucha contra la pobreza en un sector o aspecto específico del desarrollo, y las estrategias de asistencia a los países, las cuales identifican las áreas fundamentales donde es posible brindar asistencia a las naciones para combatir la pobreza y promover el crecimiento económico (*ídem*).

En la actualidad, el BM es la principal fuente de asistencia financiera y técnica para los países en desarrollo, prestando alrededor de 25 mil millones de dólares al año (People's Health Movement, 2005: 299). Otorga préstamos con bajo interés, créditos y donaciones para apoyar una amplia gama de inversiones en diversos sectores –educación, salud, administración pública, infraestructura, desarrollo del sector privado y financiero, agricultura y gestión ambiental y de recursos naturales– y cofinancia proyectos con Gobiernos, instituciones multilaterales, bancos comerciales, organismos de créditos para la exportación y la inversión del sector privado, entre otros. (Banco Mundial, 2013).

Los Estados miembro del BM son representados por una Junta de Gobernadores, la cual es el máximo órgano responsable de formular políticas en la Institución. Por lo general, los Gobernadores son Ministros de Finanzas o de Desarrollo de los países miembros y se congregan una vez al año. La estructura de toma de decisiones del BM se basa en contribuciones financieras; básicamente es un 'one dollar one vote system'. Como resultado, EE.UU cuenta con el 17% de los votos, mientras que los 47 países de África subsahariana cuentan únicamente con el 7% (People's Health Movement, 2005). Al ser los votos de los Estados proporcionales a los fondos aportados, se considera que no cuenta con un mecanismo realmente democrático de toma de decisiones. El presidente del BM ha sido tradicionalmente asignado por el país que más contribuye económicamente a la Institución, es decir, EE.UU.



A lo largo de más de sesenta años de funcionamiento, las prioridades del BM y su perspectiva de desarrollo económico han sufrido cambios significativos. De reconstruir la Europa de la posguerra y promover megaproyectos de infraestructura, pasó a `combatir` la pobreza en los países en desarrollo y promover reformas estructurales en el ámbito económico y político (Ruger, 2006). El portafolio de préstamos del BM cambió de inversiones en infraestructura e industria en los cincuenta y sesenta, al sector social y de agricultura en los años setenta y más tarde a préstamos basados en la implementación de políticas –policy-based lending– dirigidas sobre sectores específicos de la economía en los años ochenta (Koivusalo y Ollila, 1997).

A pesar de la variación en sus enfoques y áreas de acción, su interés siempre ha estado enfocado sobre el desarrollo de los países, entendido únicamente como el crecimiento de las economías nacionales. Desde los años ochenta ha ejercido y continúa ejerciendo una influencia excepcional sobre el funcionamiento y la organización de las estructuras económicas y políticas de los países en desarrollo alrededor del mundo. Una encuesta llevada a cabo por el propio Banco en 2003 a líderes de opinión de 48 países, refleja la creencia generalizada de que el BM ha logrado imponer su agenda sobre este grupo de países en las últimas décadas, sin encontrar mayores resistencias (People`s Health Movement, 2005). A pesar de las duras críticas de que es objeto –muchas de las cuales proviene de los propios ex funcionarios del BM, como en el caso de Joseph Stiglitz– su poder de influencia sobre diversas áreas de la agenda global, continúa siendo avasalladora.

Desde 1970, el BM ha destinado un total 28.7 mil millones de dólares a 132 países para programas dirigidos al sector salud (Banco Mundial, 2009: 4). Muchos de estos programas han tenido como objetivo principal impulsar reformas de los sistemas sanitarios en los países en desarrollo.

`Over the last 30 years the Bretton Woods Institutions have come to occupy a central role within global health governance. The

`En los últimos 30 años, las instituciones de Bretton Woods han pasado a ocupar un papel central dentro de la gobernanza global

most complex, far-reaching and central actor of these institutions is the World Bank (...) Despite the negative connotation associated with its health policies, the Bank remains the leader of global health knowledge, programming and agenda setting. It continues to be the preferred partner to states whose health systems suffered from its previous recommendations and establishes the mandate for global responses to high profile issues such as HIV-AIDS'.

en salud. El actor más complejo y de mayor alcance en este sentido ha sido el Banco Mundial (...). A pesar de los efectos negativos que han tenido sus políticas de salud en las últimas tres décadas, el Banco continúa siendo una institución líder en torno a la generación de conocimiento, el diseño de estrategias y el establecimiento de la agenda. Continúa siendo el socio preferido de Estados cuyos sistemas de salud han sufrido las consecuencias de sus recomendaciones anteriores, además de establecer el mandato para abordar problemas de alto perfil, como el VIH-SIDA'.

(Harman, 2009: 241)

### *Trayectoria histórica*

Llamado inicialmente Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, el BM fue creado en la Conferencia de Bretton Woods en julio de 1944, junto con el Fondo Monetario Internacional (FMI), su institución hermana. Formalmente inició operaciones el 25 de junio de 1946, enfocándose en un principio en la reconstrucción de los Estados afectados por la Segunda Guerra Mundial. Su objetivo fue proporcionar préstamos sin intereses, además de créditos, subvenciones y asistencia técnica a países afectados económicamente por la Guerra, así como a países en vías de desarrollo a los que no les era posible pedir préstamos en los mercados internacionales (Ruger, 2006: 103). Durante esta primera etapa de actividad –que va aproximadamente de 1948 a 1960–, el Banco concentró la mayoría de sus inversiones en el capital físico y la infraestructura pesada (*ídem*). Por ejemplo, el 87% de sus préstamos a países menos desarrollados se destinó a la energía y el transporte; los compromisos restantes aseguraron otras formas de gastos indirectos como la industria y las telecomunicaciones, y una pequeña fracción –el 4%– fue invertida en agricultura e irrigación (*ibíd.*: 108).

De 1949 a 1961, el Banco proporcionó 5.1 mil millones de dólares a 56 países para 280 préstamos en diferentes áreas (Kapur *et al.*, 1997). Sectores sociales como la educación y la salud no recibieron ningún porcentaje de la cartera de préstamos de la

Institución durante este periodo. Las inversiones valoradas eran aquellas que mostraban un retorno monetario apreciable y directo, por lo que las cuestiones de carácter social no estaban sujetas a préstamos (Ruger, 2006: 110). Para este momento, la inversión internacional en sectores sociales estaba a cargo de organismos bilaterales de desarrollo y de ciertas agencias del sistema de Naciones Unidas como la Organización para la Alimentación y Agricultura (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, la mayoría de las inversiones eran realizadas por los propios Estados, en el marco de los proyectos de construcción de Estados de bienestar.

Para inicios de la década de los sesenta, tanto los países Europeos como algunos países en desarrollo, ya habían consolidado procesos de industrialización importantes y contaban con la infraestructura necesaria para competir en la economía mundial. Por lo que en 1968, cuando Robert S. McNamara es elegido presidente del Banco, el enfoque de la institución empieza a modificarse, tomando como objetivo central el desarrollo social. El BM comienza entonces a incursionar en ciertas problemáticas sociales que fueron percibidas como de gran importancia durante la época, principalmente el control del crecimiento demográfico. Se centró en dirigir préstamos a la mejora del acceso a los servicios de planificación familiar debido a la preocupación sobre los efectos adversos del crecimiento poblacional desmedido sobre el crecimiento económico (Banco Mundial, 2006). Diversos proyectos de nutrición y agricultura fueron también apoyados durante este período. Pese a la incursión del Banco en esta nueva línea de acción, en 1973 los préstamos que la Institución dirige al área de la planificación familiar sumaron únicamente 22 millones de dólares, menos del 10% del monto otorgado para el sector de energía y telecomunicaciones (Ruger, 2006).

### *Influencia del Banco Mundial en el sector salud*

A mediados de los años setenta del siglo XX, el BM inicia sus primeras incursiones en el

sector salud, preparando el terreno para su entrada triunfal en la década siguiente. Justifica su injerencia en el área bajo el argumento de que una mejoría significativa en los niveles de salud de la población, podría traducirse en crecimiento económico a mediano plazo. En 1975 se elaboró el Informe de las políticas del sector salud, el cual resultó ser el primero de varias publicaciones y esfuerzos del Banco para generar y diseminar conocimiento en torno al funcionamiento del sector sanitario desde su perspectiva (*ibíd.*: 118). En 1974 lanza, en colaboración con el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD), la FAO y la OMS, el programa para el control de la Oncocercosis en África, uno de los primeros programas dirigidos al combate de enfermedades específicas.

En 1979 el Banco crea el Departamento de Salud, Nutrición y Población (SNP) para evaluar las medidas que se podrían tomar en torno al incremento de los préstamos al sector sanitario. Para 1980 únicamente el 5% de los préstamos del Banco se dirigirán a cuestiones relacionadas con el sector social, incluyendo la salud (Banco Mundial, 2006). No obstante, esta situación empieza a cambiar rápidamente a partir de la publicación del 'Informe sobre el Desarrollo Mundial' durante el mismo año, en el cual el Banco reconoce oficialmente que la desnutrición y la enfermedad ocasionaban un pobre crecimiento económico y que ambos, por lo tanto, podían ser tratados mediante la acción directa de los gobiernos con asistencia del BM (Brown *et al.*, 2006). Esta declaración marcó un hito importante en la historia del Banco en el ámbito de la salud, ya que a partir de entonces se convierte en la principal fuente de financiamiento para cuestiones relacionadas con el sector sanitario en los países en desarrollo (Davis, 2010).

La estrategia que utiliza para incursionar en el área tiene dos componentes principales: por un lado, a través de préstamos condicionados bajo el marco de los Programas de Ajuste Estructural (PAE), impulsa la reestructuración de los servicios sanitarios y financia las Reformas del Sector Salud (RSS) en los países en desarrollo; este es el ámbito al que destina una mayor proporción de recursos y lo hace en consonancia con las políticas macroeconómicas impulsadas por el FMI durante la misma época. Por otro lado, el BM impulsa diversas iniciativas globales en salud dirigidas sobre áreas específicas

como el control de enfermedades específicas o la maternidad, involucrándose en convenios de colaboración con otros actores internacionales.

En cuanto al primer componente, el Banco destinó varios miles de millones de dólares en préstamos para que los países en desarrollo implementaran programas de descentralización y privatización de los sistemas sanitarios. Sus propuestas centrales giraron en torno a una baja significativa en el gasto de los hospitales y en personal de salud. Esto contribuyó al rápido debilitamiento de la estructura de los sistemas sanitarios públicos en un gran número de países, mientras se promovió activamente la incursión de proveedores de servicios privados y la contratación de seguros pre-pagados. Una de las principales –y más criticadas– estrategias, fue la introducción de las cuotas a los usuarios para acceder a los servicios públicos de salud, lo que afectó principalmente a los segmentos más vulnerables de la población (Harman, 2009).

La privatización de los servicios sanitarios y la subsiguiente responsabilidad individual de la salud, también incrementó enormemente el papel de los actores no-estatales en la prestación de servicios de atención médica (*ibid.*: 228). El resultado de ello fue la proliferación de ONGs y otras asociaciones de la sociedad civil de carácter asistencialista que comenzaron a recibir financiamiento internacional para brindar servicios básicos de salud a poblaciones en pobreza extrema. Como se mencionó en el capítulo anterior, hacia finales de 1996 la carpeta de préstamos acumulados del BM en Salud, Nutrición, y Población (SNT) había alcanzado los 13.5 mil millones de dólares (Brown *et al.*, 2006: 93). En el periodo fiscal 1991-1994, el financiamiento de la Institución para el sector salud tuvo un incremento de 1.3 mil millones de dólares, mientras que diez años antes había sido únicamente de 103 millones de dólares (Davies, 2010: 38). En el Gráfico C3 se puede apreciar la forma en que ha ido aumentando el financiamiento para los proyectos de SNT a través de los años.

TENDENCIAS DEL BANCO MUNDIAL EN CUANTO A LOS FONDOS Y LOS PROYECTOS DEDICADOS AL DEL SECOTR SALUD, 1970-2008

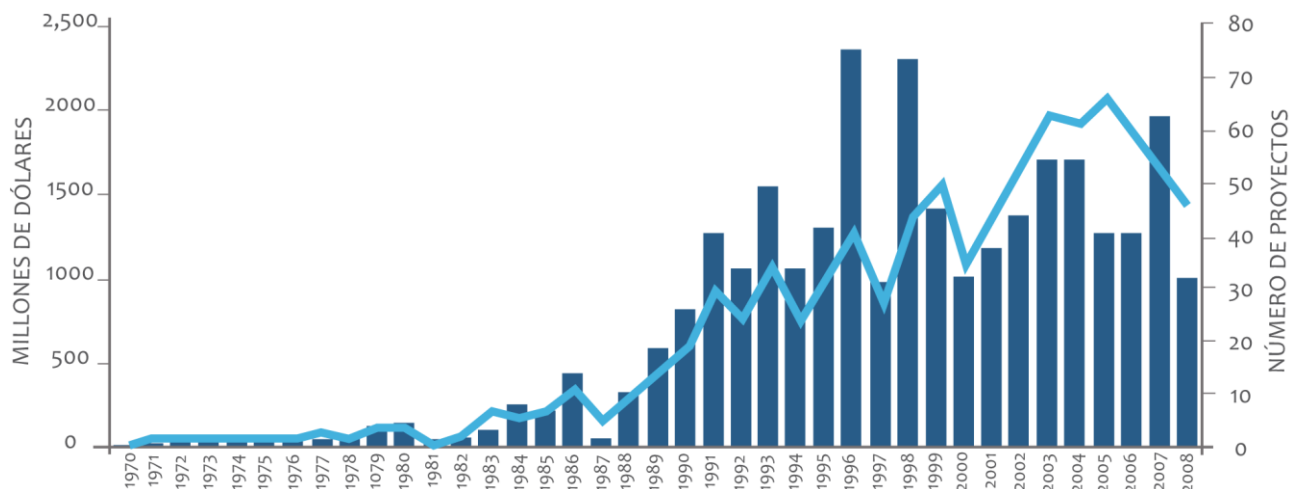


Gráfico C3

Fuente: Informe del Banco Mundial, 2009

En el informe del Banco de 1987 intitulado 'Financiamiento de salud en los países en vías de desarrollo: una agenda para la reforma', se sentaron las bases de la propuesta de la Organización en materia sanitaria (Hong, 2004: 86). Sin embargo, quizá el esbozo más claro del enfoque del BM en ese momento quedó consolidado con la publicación del Informe de Desarrollo Mundial de 1993 titulado 'Invirtiendo en Salud'. Dicho documento permitió al BM posicionarse como entidad experta en materia de reformas de salud y consolidó su papel central en el SGG (Harman, 2009: 229). En él se destacan los atributos de la privatización de los servicios sanitarios, la proliferación de las cuotas de usuario para recaudar fondos públicos y se resaltaba la importancia fundamental del rol del mercado. También introduce de manera sistematizada los análisis costo-efectivos, los cuales enfatizaban la necesidad de establecer programas verticales basados en reducir los 'márgenes de enfermedad' por el mínimo costo posible. El modelo propuesto por el Banco rápidamente se convirtió en un instrumento central de las políticas públicas en salud de los países en desarrollo (Davis, 2010).

En cuanto al segundo componente, la participación del BM en iniciativas globales de salud se caracterizó por resaltar la importancia de la evaluación económica y una

mayor participación del sector privado en los proyectos –principalmente de ONGs y empresas trasnacionales– (Brown *et al.*, 2006). Apoyó firmemente la expansión de programas verticales y también puso en boga la promoción de las iniciativas costo-eficientes. En materia de control de enfermedades infecciosas, colaboró junto con fundaciones privadas y organismos internacionales como el UNICEF y la OMS, sobre todo en proyectos relacionados con el combate al VIH-SIDA. También jugó un papel protagónico –y muy controversial– en proyectos de salud familiar implementados principalmente en África y en Asia.

En febrero de 1987, el Banco copatrocinó –junto con la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas– una conferencia en Nairobi, Kenia, sobre los peligros de la maternidad y lanzó la iniciativa ‘Maternidad sin Riesgo’, convirtiéndose en su primer compromiso global en cuestiones de salud de esta naturaleza (Ruger, 2006: 121). Entre 1987 y 1998 el Banco apoyó actividades de partos sin riesgo en 29 países (*ibíd.*: 121). En 1987 inauguró su primer proyecto independiente en salud dirigido al combate del VIH-SIDA en Zaire y en 1993 establece la primera oficina regional para el VIH-SIDA en Asia del este y el pacífico (Banco Mundial, 2009). Durante el mismo año, funda unidades regionales de su departamento PSN.

A través de este tipo de iniciativas independientes en salud y muchas otras en las que colaboró con diversos actores públicos y privados, el BM afianza paulatinamente su papel en el sector salud, convirtiéndose para mediados de la década de los noventa en la principal autoridad en el área. Sin embargo, a finales de la misma década, las críticas generalizadas a los efectos de los PAE y las revisiones internas del Banco sobre la efectividad de sus políticas en salud, llevaron a un ajuste relativo de sus propuestas (Harman, 2009: 229). Comienza entonces un nuevo período de involucramiento del BM en el sector sanitario, apoyado en la publicación de los ‘Poverty Reduction Strategy Papers’ (Davis, 2010).

Ante un escenario desalentador en materia de salud en la mayoría de países en desarrollo –altos índices de mortalidad infantil, proliferación de enfermedades infecciosas,

sistemas de salud al borde del colapso— el BM buscó explicar el inminente fracaso de los programas que había promovido desde los ochenta, argumentando que no se había tomado lo suficientemente en cuenta la necesidad de mejorar la infraestructura de los sistemas sanitarios, lo que había ocasionado problemas de implementación efectiva de las estrategias. Diseñó entonces nuevos paquetes de reforma que marcarían un cambio importante en el enfoque del BM sobre el sector salud (Harman, 2009).

Después de promover activamente la privatización de los sistemas sanitarios y al quedar en evidencia que los proveedores privados tienen pocos incentivos para proporcionar servicios de salud a las poblaciones más vulnerables, el BM comienza a recalcar el papel que debía jugar el Estado en este sentido. La nueva estrategia se basó en dos propuestas principales: por un lado, introducir prácticas orientadas al involucramiento del mercado para promover la eficiencia de los sistemas de salud y el aumento de los actores comunitarios en la prestación de los servicios; y por otro, fortalecer el papel que juega el Estado en la provisión de servicios básicos a las poblaciones más desfavorecidas. Se empieza entonces a fortalecer el rol de los gobiernos y el involucramiento comunitario en la prestación de servicios de salud. Para esta labor, el papel de las estructuras estatales debe fortalecerse y alinearse con la participación comunitaria, básicamente a través de Programas de Transferencias Condicionadas (PTCs) y otros mecanismos como los ‘seguros populares’.

El enfoque de este tipo de sistemas de protección social —el cual hasta la actualidad promueve y financia el BM en los países en desarrollo— se centra en brindar niveles básicos de servicios para asegurar la supervivencia de la población en extrema pobreza, ignorando la importancia de garantizar servicios de salud accesibles a toda la población. La idea central es que el gobierno gaste la menor cantidad posible de recursos en asistencia social, incluyendo la salud, asegurando el máximo de resultados y sin tener necesidad de invertir en sistemas de salud públicos de calidad. El principal problema de estos programas asistencialistas masivos, es que no buscan generar soluciones a largo plazo ni pretenden desarrollar la infraestructura necesaria para proveer servicios de salud



de calidad en el futuro, sino que buscan aliviar la pobreza de manera superficial e inmediata, mientras crean una peligrosa dependencia hacia las fuentes externas de financiamiento.

Esta estrategia ha estado basada en el discurso de la 'buena gobernanza' y encaminada a facilitar el 'diálogo y la transparencia' con los países a los que les adjudican los préstamos. En su momento, esta perspectiva representó un cambio respecto a los enfoques 'top-down' y 'hard politics' que aún caracterizan las políticas FMI y la OMC, hacia enfoques más 'holísticos y de base' de tipo 'bottom-up', en donde el 'empoderamiento comunitario' y el papel del Estado se encuentran en el centro del discurso (*idem*). Este cambio de estrategia ha sido fundamental para que el BM haya logrado mantener su liderazgo y *expertise* en la agenda de desarrollo internacional, a pesar del fracaso que tuvieron las políticas de salud impulsadas en las décadas anteriores. Esto ha permitido que la Institución continúe siendo una autoridad en materia de salud pública, tanto a nivel de generación de conocimiento y diseño de políticas públicas, como a nivel de fuente de recursos. Como afirma Harman:

'The Bank's approach to global health, over the last ten years presents a change towards a more 'soft politics' form of intervention. State ownership, community participation, and multi-sectorial collaboration presents an image of a collaborative bank that whilst maintaining a level of conditionality is much more friendly-faced than the IMF and its structural adjustments reforms. The Bank's economism, conditional lending, liberal emphasis remain; but whereas these were issues presented as problems in the past, the 'good governance' incarnation of liberalism is presented by the Bank as more adaptable to the needs of the state'.

'El enfoque del Banco en salud global durante los últimos diez años ha virado hacia 'intervenciones políticas blandas'. El papel del Estado, la participación comunitaria y la colaboración intersectorial, presentan una imagen de un banco cooperativo, que a pesar de mantener un nivel de condicionalidad, tiene una cara mucho más amigable que la del FMI y sus reformas de ajuste estructural. El economicismo, los préstamos condicionados y el énfasis liberal persisten, no obstante, si estas cuestiones eran vistas como problemas en el pasado, ahora la promoción de la 'buena gobernanza' dentro del discurso liberal, es presentada por el Banco como una estrategia adaptada a las necesidades del Estado'.  
(*idem*).

Además de este nuevo enfoque en materia de salud a nivel de los Estados, desde

finales de los años noventa el Banco se comprometió de manera más directa y buscó jugar un papel cada vez más protagónico en numerosas Alianzas Público-Privadas. Una muestra de ello fueron las declaraciones del Director del Banco, James Wodfensohn, en el Foro Económico Mundial del año 2000, cuando urgió a los líderes mundiales a brindar todo su apoyo a la Alianza GAVI (Banco Mundial, 2009). En torno a la lucha contra el VIH-SIDA, el Banco comienza a jugar un papel central en el 2001 cuando entra a formar parte del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (FMSTM). Comenzando con su participación en ONUSIDA 1996. En los años subsecuentes el BM entra a formar parte de las principales APPS, dando cuantiosas contribuciones monetarias a las mismas.

En suma, podemos advertir que en los últimos años el BM se ha centrado en dos líneas de acción principales, una relacionada con el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud, la inversión directa en infraestructura, la capacitación y el análisis económico para crear y mantener programas de reducción de la pobreza a nivel país; al mismo tiempo, el Banco participa muy activamente en los clásicos programas verticales, adjudicando una gran cantidad de recursos a iniciativas como el FMSTM. Pese a las críticas, los programas de PTCS se han expandido y fortalecido, sobre todo en ciertas regiones como América Latina. Su papel en África también se ha acrecentado, principalmente a través de las APPS que implementan programas en dicho continente.

La relación del BM con otros actores del sistema se mantiene muy estrecha, principalmente con las Fundaciones Internacionales y las Empresas trasnacionales, a las cuales considera aliados fundamentales para la ejecución de los proyectos. A nivel de las organizaciones intergubernamentales, participa en proyectos conjuntos con la OCDE, OMS, UNICEF, FAO, UNDP, UNFPA, números Bancos de Desarrollo Regional –como el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Africano de Desarrollo (BAD) y el Banco Asiático de Desarrollo (BASD)– así como con múltiples agencias bilaterales de desarrollo. Actualmente, el BM se ha enfocado en fortalecer su rol en el SGGs ante al ascenso cada vez más importante de los actores no-estatales. Al elegir a Jim Yong Kim –médico experto en salud pública y el combate a la Tuberculosis– como nuevo director del BM en 2012,

diversos analistas consideran que el Banco pretende acrecentar su papel en el área de la salud global y reiterar su influencia en el Sistema.

### Estados

Como ha podido observarse hasta ahora, el Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) ha evolucionado de un esquema de cooperación entre Estados –a través de un número reducido de organizaciones internacionales– a un complejo Sistema conformado por actores heterogéneos de características muy diversas. No obstante, el hecho de que exista esta multiplicidad y variedad de actores en el SGGS, no implica que el Estado cuente con un papel secundario dentro del mismo. Al contrario, los Estados no sólo continúan siendo actores centrales del Sistema, sino que algunos de ellos han tenido una influencia colosal en el rumbo que éste ha ido tomando en los últimos años. A pesar de que algunos análisis sobre el SGGS frecuentemente hayan tendido a enfatizar la desagregación de la autoridad del Estado y a resaltar el papel protagónico de los `nuevos actores`, lo cierto es que el Estado continua siendo un actor de vital importancia dentro del Sistema, sobre todo en lo que respecta al financiamiento y al establecimiento de la agenda (Ricci, 2009). Como consecuencia, esclarecer el rol que tienen los Estados más influyentes, constituye una tarea ineludible para explicar la dinámica del SGGS.

De igual forma, es necesario reconocer que ciertamente algunos Estados tienen un rol tangencial sobre la dinámica del Sistema y sobre los procesos que se despliegan en su interior. A la luz de los hechos, resulta evidente que el papel de gran parte de los Estados es más de observadores-receptores de ayuda, que de actores con influencia en los procesos de toma de decisiones, lo que no niega que, en contraste, algunos Estados tengan un peso determinante sobre el desarrollo y los procesos del SGGS. Todos, de una forma u otra, forman parte de la red que articula al Sistema como totalidad y, por ende, cuentan con cierto grado de acción dentro del mismo. En suma, mientras algunos Estados parecen piezas pasivas sin gran capacidad de acción, otros se encuentran en la línea del frente, influyendo de manera enérgica en la agenda de salud pública global y en el rumbo

que toma el SGGs.

Actualmente, los intereses de los países desarrollados tienen un peso desproporcionado frente a las prioridades de los otros Estados. Sin embargo, es necesario destacar el hecho de que algunos países en desarrollo han cobrado una relevancia muy significativa durante la última década, este es el caso de Brasil e India, sobre todo por su producción de medicamentos genéricos. A pesar de ello, es posible advertir que en los hechos existe un grupo muy reducido de naciones que determinan la agenda del SGGs en términos de sus prioridades a través del financiamiento y que, por ende, tienen una influencia considerable sobre el diseño de los programas e iniciativas que se promueven (Davis, 2010). Al controlar los compromisos financieros, los Estados influyentes tienen capacidad para intentar guiar la dinámica y el desarrollo del Sistema, estableciendo las prioridades de la agenda y el tipo de programas que se impulsan a nivel global.

Las aportaciones gubernamentales –las cuales incluyen el financiamiento bilateral que se da directamente a otros países, ya sea a través del gobierno u otras organizaciones– más el financiamiento multilateral –que se otorga de manera indirecta a través de contribuciones a organizaciones multilaterales– forman en conjunto el principal fondo de asistencia para la atención a la salud pública de los países en desarrollo (Kaiser Family Foundation, 2013). Al respecto, unas de las herramientas que permiten valorar el accionar de los Estados son los índices de Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) dirigidos al ámbito de la salud, lo que se ha dado a conocer entre las organizaciones internacionales como la Ayuda al Desarrollo para la Salud (ADS)<sup>6</sup>. Este tipo de asistencia es el principal vehículo utilizado por los países desarrollados para transferir recursos hacia el sector sanitario a nivel mundial (Labonte *et al.*, 2004). Gran parte de estos recursos se canalizan

---

<sup>6</sup> Las mediciones de ADS son realizadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation (INME), el cual en el 2009 presentó definiciones estandarizadas para el seguimiento de la ADS integrando datos proveniente de la OCDE, la OMS, las agencias de la ONU, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Alianza GAVI, fundaciones y organizaciones no gubernamentales. Los estimados de ADS calculados por el INME son utilizados oficialmente por la mayoría de organizaciones, incluyendo la OMS. Esta definición excluye la financiación externa destinada a reducir la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso al agua y saneamiento, la educación y la ayuda humanitaria de emergencia, aunque ésta esté vinculada a la atención sanitaria.

a través de las agencias bilaterales de desarrollo, donde los principales flujos financieros provienen de instituciones como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento Inglés para el Desarrollo Internacional (Dfid), la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), la Agencia Francesa de Desarrollo, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), la Agencia de Cooperación Internacional y Desarrollo de Suecia (SIDA), la Agencia Noruega para la Cooperación al Desarrollo (NORAD) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), entre las más importantes.

El Gráfico C4 nos permite observar el peso que tienen las contribuciones directas de los Estados a través de las agencias bilaterales de desarrollo, frente a los aportes de otro tipo de actores. Como puede apreciarse, durante 2010 las contribuciones directas constituyeron casi la mitad de los aportes totales de la ADS a nivel mundial, superando los 12 mil millones de dólares. Ello sin contar las contribuciones indirectas que proporcionan a organizaciones como el BM y las agencias del Sistema de la ONU. Por ejemplo, las contribuciones realizadas por los Estados a la principal APP en salud, el FMSTM, suman el 78.44% de todos aportes que ha obtenido desde su creación.

ASISTENCIA AL DESARROLLO PARA LA SALUD (ADS) POR FUENTE DE RECURSOS 2010-2011

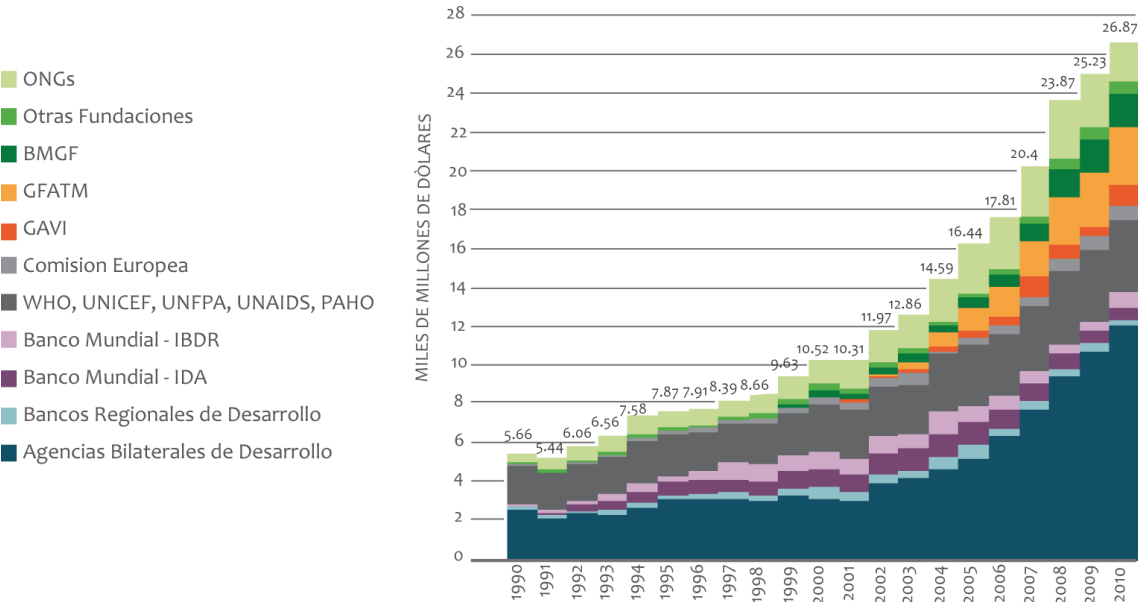


Gráfico C4  
Fuente: IHME, 2012

Al desglosar las aportaciones de los Estados a la ADS, puede verse que EE.UU. fue el mayor contribuyente, con aportaciones que ascienden a los 7 mil millones de dólares, aproximadamente el 35 % del total de la ADS. Ello representó un aumento del 19.6% respecto al aporte de 2009, en parte por la tendencia a la baja de los aportes de los países europeos. Sin embargo, en términos generales los aportes a través de las agencias bilaterales de desarrollo, han aumentado de manera muy significativa desde 2002. En comparación con los actores intergubernamentales –como el propio BM y la OMS– o con algunas de las principales APPs –como la GAVI o FMSTM–, las aportaciones totales de los Estados se han mantenido en aumento. A pesar de que el presupuesto de las ONGs y las FFIs también se ha incrementado considerable desde la década del 2000, hoy día los flujos de recursos bilaterales continúan siendo muy significativos, sobre todo tomando en consideración los aportes provenientes de EE.UU.; al respecto el Gráfico C5 muestra claramente esta tendencia.

ASISTENCIA AL DESARROLLO PARA LA SALUD (ADS) POR FUENTE DE RECURSOS 2010-2011

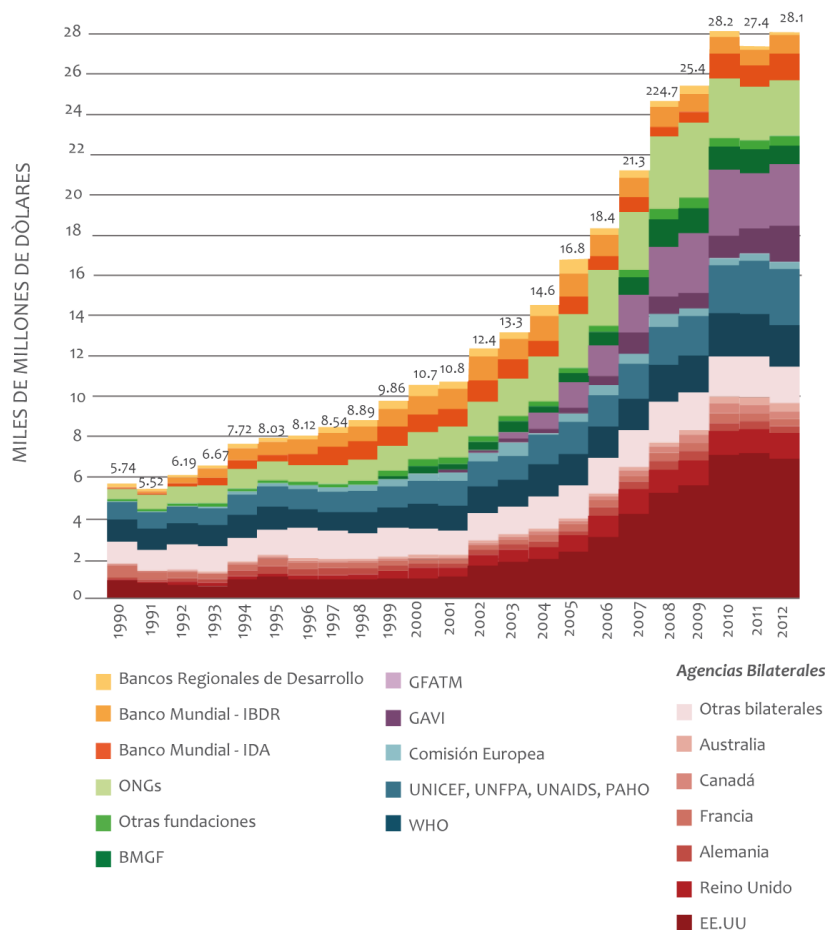


Gráfico C5  
Fuente: IHME, 2012

En cuando a la dinámica en el gasto bilateral de los países europeos, en la actualidad se advierte una tendencia a la baja que refleja el clima político y económico imperante en la Europa actual (IHME, 2012: 14). Mientras que un número reducido de agencias bilaterales europeas aumentaron sus flujos de ADS, la presión para recortar los presupuestos y ejecutar medidas de austeridad en la mayoría tuvo un impacto importante en la reducción de los fondos. En general, la ADS proporcionada por los organismos bilaterales europeos cayó en un 4.4% de 2011 a 2012. Entre estos, la ayuda de Francia tuvo un caída del 13%, la de Alemania de 9.1%, mientras la de Reino Unido experimentó un alza de 2.3% (*idem*). Analizando las contribuciones de los Estados como porcentaje de

su Producto Interno Bruto (PIB) para el año 2010 –Gráfico C6– se puede advertir que a pesar de que EE.UU. es el mayor contribuyente de ADS en términos de cantidad, Noruega, Luxemburgo, Suecia y Reino Unido destinan un mayor porcentaje de su PIB nacional. En todo caso, como puede apreciarse en el Gráfico C6, las contribuciones en ningún caso sobrepasan el 0.2% de los PIBs correspondientes.

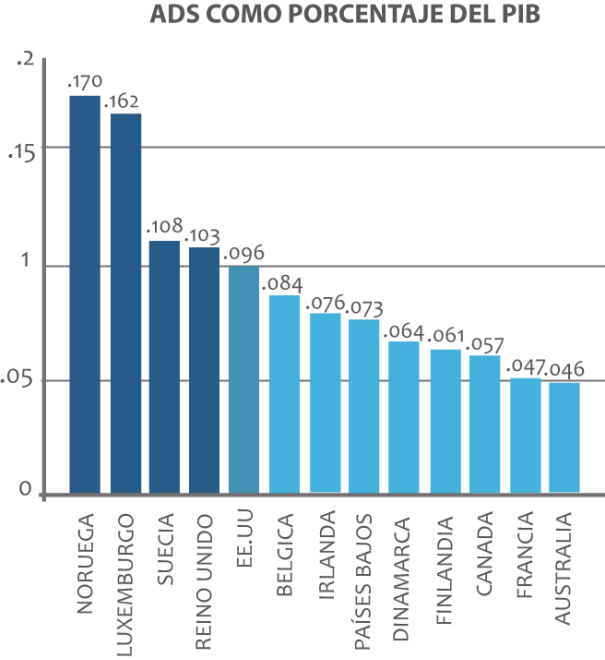


Gráfico C6  
Fuente: Elaboración propia a partir de IHME, 2012

Las preferencias de los países donantes en lo referente a la canalización de los fondos varían significativamente. Mientras ciertos países toman en cuenta los indicadores de carga de enfermedad para la distribución de su financiación, algunos prefieren basarse en otros factores, entre los que destacan: los niveles de pobreza y los problemas de infraestructura de los países receptores; la afinidad política y la capacidad de implementación del país receptor; las relaciones históricas de ayuda, y; la presencia de otros donantes y mecanismos de financiación. Por ejemplo, países como Reino Unido han mantenido históricamente una relación preferente con sus ex colonias, mientras EE.UU. busca que los países receptores conserven un grado alto de afinidad política con los



gobiernos de turno. A pesar de estas diferencias, la región en el mundo a la que más recursos se canalizan es el África Subsahariana, en donde la carga de enfermedad cuenta con los indicadores más negativos. En cuanto a la dinámica de canalización de los fondos provenientes de los principales países donantes, también existen tendencias diversas. En general, la mayoría opta por diversificar sus fuentes receptoras, pero siempre mantiene cierta preferencia hacia un grupo específico de actores. Mientras algunos prefieren otorgar la mayor parte de los recursos a ONGS y APPS, otros mantienen un nivel más alto de financiamiento hacia los gobiernos de los países receptores o hacia las organizaciones del sistema de Naciones Unidas.

El monto de las contribuciones provenientes de diversos actores centrales del SGGs en el 2012 fue: EE.UU, 10 mil millones de dólares; el FMSTM, 3.3 mil millones; el Banco Mundial, 1.4 mil millones; el Reino Unido, 1.3 mil millones, y; la Fundación Gates, 899 millones. Comparando los montos se puede advertir el peso preponderante e indiscutible de EE.UU. como fuente de recursos económicos para las iniciativas de salud global. Ello, sin tener en cuenta que además de superar por mucho las contribuciones directas de la mayoría de países, es el principal contribuyente de organizaciones como el BM y la OMS; así como de APPS como el FMSTM. Esta situación le otorga una influencia enorme en el establecimiento de las prioridades de las OIS así como en la agenda de la gobernanza en salud a nivel global. Por lo tanto, vale la pena analizar con más detenimiento el papel que ha jugado este país dentro del SGGs en los últimos años.

### *El protagonismo de los Estados Unidos*

La participación de EE.UU. en temas de salud internacional ha sido muy relevante desde inicios del siglo XX. Además de haber jugado un papel crucial en la creación de las primeras organizaciones internacionales y regionales de salud –como la OPS y la OMS–, ha participado en diversos programas de erradicación de enfermedades después de la Segunda Guerra Mundial, incluyendo aquellos dirigidos a la erradicación de la viruela en

los años sesenta. En 1968, por primera vez el Congreso de los EE.UU. aprueba fondos direccionados hacia programas internacionales de salud centrados en la planificación familiar, por un monto de 50 millones de dólares (Kates *et al.*, 2009: 5). A pesar de esta primera incursión en el campo sanitario internacional, su participación en programas de salud durante los años setenta fue bastante restringida y por lo general consistían en actividades de pequeña escala y recursos limitados.

Esta situación empieza a transformarse a partir de la década de los ochenta, momento en que este país se involucra de manera directa en la promoción de las reformas al sector salud impulsadas en los países en desarrollo, bajo las condicionalidades impuestas por el BM y el FMI. Durante este período también busca redireccionar los objetivos de la OMS y aplicar las iniciativas de APS que impulsó la Organización durante los años setenta. En esta etapa, no sólo congela los fondos regulares que canalizaba a la OMS, sino que promueve una campaña de desprestigio para restarle preponderancia a la Organización, al tiempo que fortalece el papel del BM en el sector sanitario. Igualmente, desde mediados de los ochenta, se convierte en una de las principales fuentes de financiamiento para cuestiones relacionadas con el VIH-SIDA.

A partir de entonces, el papel de EE.UU. en el ámbito de la salud global ha ido consolidándose y afianzándose de manera creciente. Durante los noventa comenzó a jugar un rol cada vez más importante en la mayoría de organismos intergubernamentales involucrados en el campo de la salud, incluyendo las agencias del Sistema de la ONU y los Bancos Regionales de Desarrollo, por lo que logró influir significativamente en las características de los programas impulsados por estos actores. También influyó sobre la dinámica de numerosos actores no-estatales, a excepción de algunas ONGs internacionales que se han esforzado por permanecer independientes como Médicos Sin Fronteras.

A inicios de la década del dos mil el papel de EE.UU. cobró una relevancia central en el área del VIH-SIDA. Para el año 2001 sus aportes en las actividades mundiales de lucha contra esta enfermedad superaron los mil millones (*idem*). Asimismo, el lanzamiento del President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) en 2003, impulsa aún más su

participación en este campo sanitario, otorgándole un papel decisivo en el tipo de iniciativas que se promueven para combatir el VIH-SIDA a nivel mundial (*idem*). En el Gráfico C7 podemos observar cómo han aumentado sus niveles de financiamiento hacia las Iniciativas de salud global durante la última década.

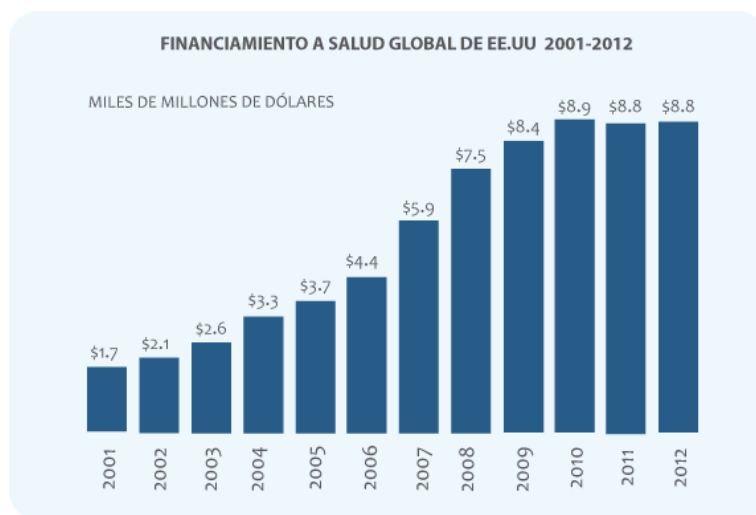


Gráfico C7

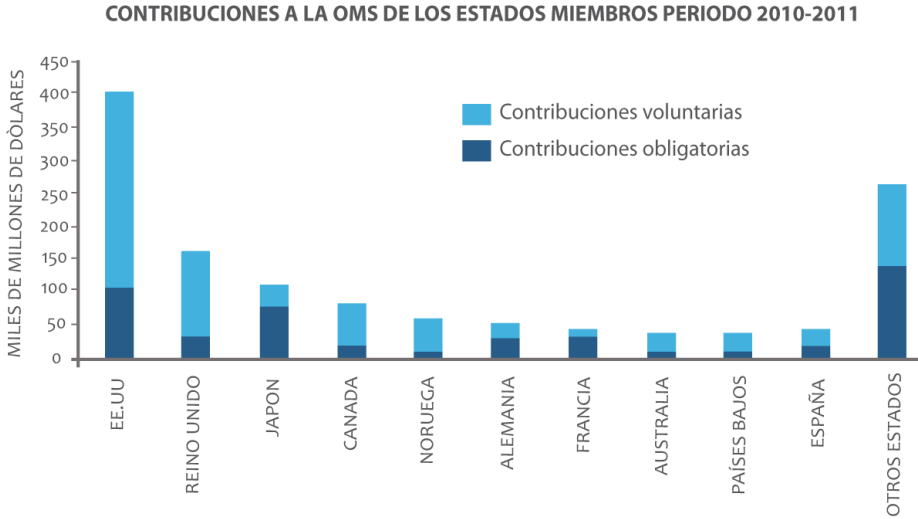
Fuente: Kaiser Family Foundation, 2013

En cuanto a las actividades en las que se involucra, su papel es multifacético. Actúa como donante proporcionando asistencia financiera y material; participa en asuntos de diplomacia internacional en salud a través de negociaciones y acuerdos con otros Estados; presta asistencia técnica y personal experto a los países y organizaciones que lo requieren; tiene una influencia importante sobre las principales OIS de salud; lidera programas de investigación y desarrollo en diferentes campos sanitarios, y; se alía con Estados, organizaciones no-gubernamentales y el sector privado para impulsar programas en salud a nivel global (*idem*). La perspectiva de EE.UU. hacia el sector sanitario se basa esencialmente en un modelo mercantilizado de la salud.

En relación con los sistemas nacionales de salud en los países en desarrollo, su papel históricamente se ha centrado en impulsar la participación de los proveedores privados de servicios y en minimizar el rol del sector público. En el ámbito de las iniciativas globales, sus intereses se centran en el combate de un número reducido de enfermedades infecciosas y en ciertas áreas de la salud materno-infantil, como los programas de

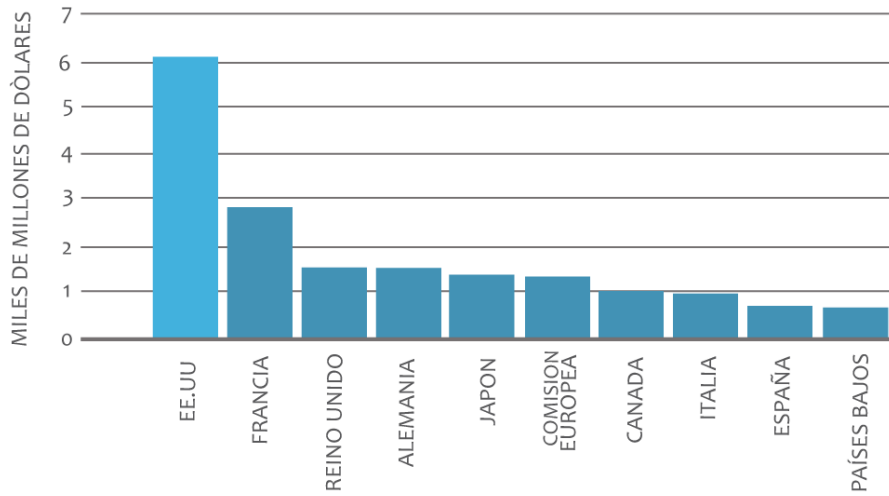
vacunación. En esencia, su enfoque es altamente asistencialista, de carácter vertical y fundado en el modelo biomédico de abordaje sobre las problemáticas de salud. A nivel de la vigilancia epidemiológica, EE.UU. se encuentra básicamente interesado en mantener en funcionamiento un sistema internacional de reporte epidemiológico altamente eficiente, que permita reducir la amenaza de pandemias y de proteger, de esta manera, su seguridad nacional y el curso del desarrollo económico mundial.

En la actualidad, EE.UU. es la principal fuente de recursos a nivel mundial para la mayor parte de organizaciones y mecanismos de gobernanza en salud en los que participa. En los Gráficos C8 y C9 se puede apreciar el enorme peso que tiene la cuota de aportaciones de este país tanto para la OMS, como para el FMSTM.



Gráficos C8  
Fuente: OMS, 2012

### CONTRIBUCIONES AL FMSTM DE LOS PRINCIPALES DONANTES PÚBLICOS, 2002-2011



Gráficos C9

Fuente: Fondo Global, 2012

En general, la mayor parte de recursos que desembolsa EE.UU. van dirigidos a los países con los peores indicadores en materia de salud, principalmente al África subsahariana. Sin embargo, existen otros factores que también se toman en cuenta para adjudicar los recursos, sobre todo a través de los programas bilaterales, como una historia de relaciones positivas con los países, la buena voluntad de éstos para seguir las condicionalidades de las iniciativas y las prioridades estratégicas de seguridad nacional (Kaiser Family Foundation, 2013). En el Gráfico C10 podemos observar hacia que regiones se dirigen los fondos y en el Gráfico C11 quienes son los principales países receptores de la asistencia.

PRESUPUESTO DIRECTO DE EE.UU. PARA SALUD GLOBAL POR REGIÓN 2011

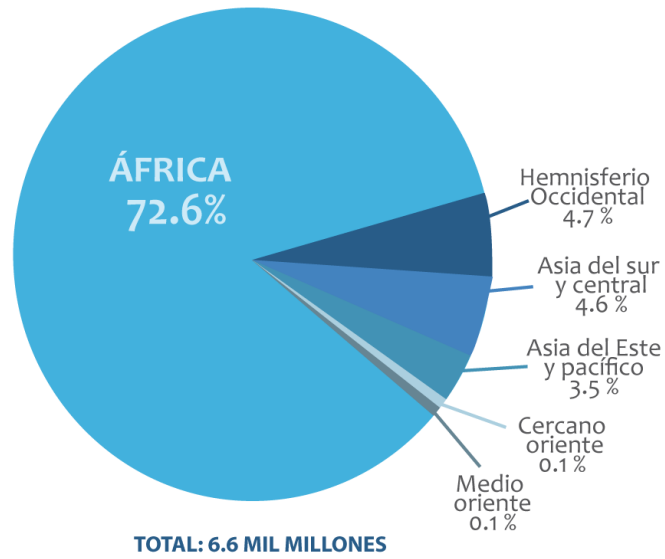


Gráfico C10

Fuente: Kaiser Family Foundation, 2013

DIEZ PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS DE EE.UU 2011

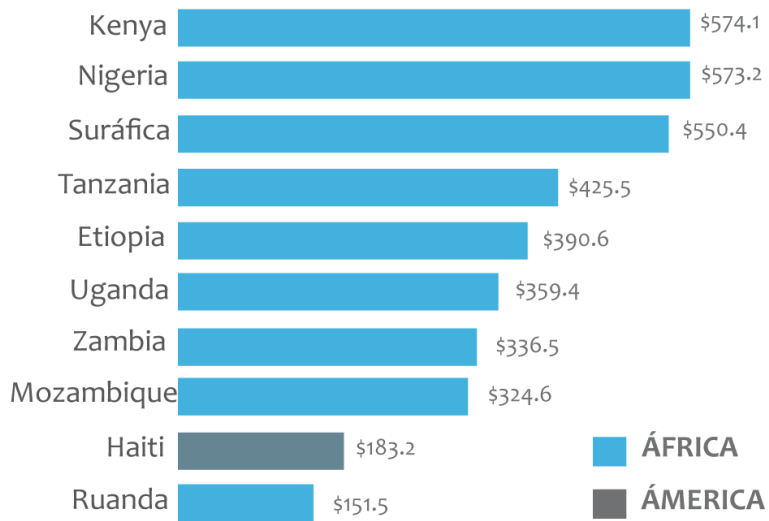
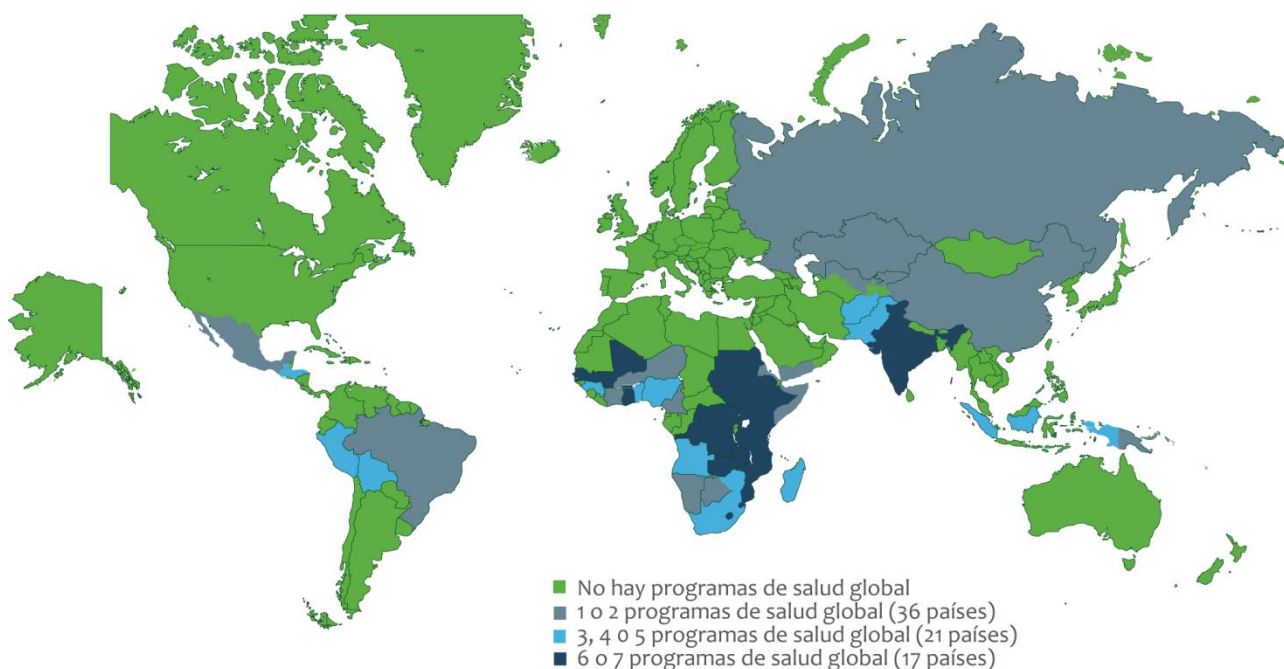


Gráfico C11

Fuente: Kaiser Family Foundation, 2013

Actualmente, EE.UU. mantiene programas de salud en más de 80 países de manera directa. Según datos oficiales de 2011, la mayoría se encuentran en África (36 países). Otras regiones incluyen el Hemisferio Occidental (13 países), Asia Oriental y el Pacífico (10 países), Asia del Sur y Central (10 países), Europa y Eurasia (7 países) y en el Cercano Oriente (5 países). En el Mapa C12 podemos apreciar el número de programas que ejecuta en los diferentes países.

**PROGRAMAS DE SALUD GLOBAL DE EE.UU ALREDEDOR DEL MUNDO 2011**



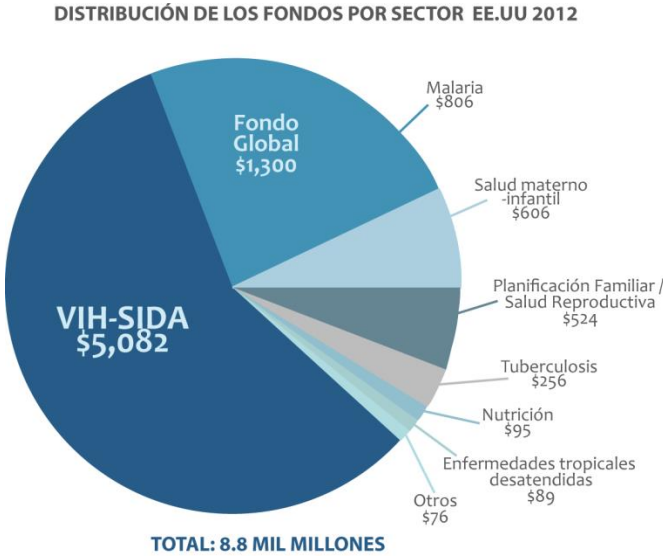
Mapa C12

Fuente: Kaiser Family Foundation, 2013

En 2009, el gobierno de Barak Obama anunció una nueva 'Iniciativa de Salud Global' de seis años (2009-2014), a través de la cual EE.UU. estableció que aportaría 63 mil millones de dólares en ADS, tomando en cuenta aportes directos e indirectos que representan el 80% de sus contribución totales al ámbito de la salud global (Garret y Alavian, 2010). La Iniciativa incluye ocho áreas de acción específicas, en orden de prioridad son: VIH-SIDA, tuberculosis, malaria, defectos del tubo neural, salud materna del recién nacido y del niño, planificación familiar y salud reproductiva, nutrición y

fortalecimiento de los sistemas de salud. Los programas abarcan actividades en más de 80 países en desarrollo (*idem*).

El objetivo de la iniciativa, según lo estipulado en sus documentos estratégicos, es 'lograr importantes mejoras sanitarias y fomentar el desarrollo sostenible eficiente y eficaz, dirigido por los países, en programas de salud pública que ofrezcan atención básica' (The United States Government, 2012). La iniciativa se basa en los siguientes principios: promover el desarrollo de la mujer, las niñas y la igualdad de género; fomentar e invertir en programas dirigidos por los propios países; generar sustentabilidad a través del fortalecimiento de los sistemas de salud; fortalecer la participación de las organizaciones multilaterales, las APPs y los actores del sector privado en el ámbito de la salud; aumentar el impacto de los programas a través de la coordinación e integración estratégica; mejorar la generación de los indicadores, así como los procesos de monitoreo y evaluación, y; promover la investigación y la innovación en salud (*idem*). A pesar de los amplios compromisos expresados en sus principios –los cuales incluyen el fortalecimiento de los sistemas de salud–, al examinar el destino del presupuesto de la iniciativa Obama en 2012, la mayor parte de los fondos se dirigen al combate del VIH-SIDA, tal como puede apreciarse en la Gráfica C13.





### Gráfico C13

Fuente: Kaiser Family Foundation, 2013

A través del examen de estos datos, es factible concluir que EE.UU. no sólo tiene un papel preponderante dentro del SGGs, sino que cuenta con una influencia determinante en las iniciativas de salud que se despliegan a nivel global. Como consecuencia, es posible afirmar que actualmente es el actor más importante dentro Sistema y que por lo tanto tiene un rol extraordinario en el desarrollo del mismo. EE.UU. no sólo mantiene los niveles de ADS directa muy por encima de la mayoría de Estados, sino que ejerce una gran presión sobre las principales OIS que trabajan en el área de la salud, de igual forma, tiene el lugar central en la mayoría de APPS creadas en el área. Ello le otorga un papel protagónico en relación con el rumbo que ha tomado en Sistema en las últimas dos décadas así como una influencia incomparable sobre el establecimiento de las prioridades en materia de salud pública a nivel global. A partir de este contexto resulta equivocado pensar en que el actual SGGs los Estados han perdido importancia, por el contrario, así como algunos otros actores han ganado posiciones por encima de ciertos actores estatales, otros como EE.UU. han fortalecido su poder al interior del Sistema.

### **Actores no-estatales del Sistema de Gobernanza Global en Salud**

Una de las transformación más importantes que ha sufrido el Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) en los últimos quince o veinte años ha sido la proliferación en la cantidad y el tipo de actores que lo conforman. Ciertamente, el cambio más llamativo en este sentido ha sido el ascenso de los actores no-estatales y su rápida incorporación en un escenario previamente poblado por actores públicos –básicamente Estados y Organismos Internacionales– (Williams y Rushton, 2011). Según Dodgson (*et al.* 2002), la emergencia de los actores no-estatales, constituye un rasgo característico de la transformación de un sistema de `Gobernanza *Internacional* en Salud´ a uno de `Gobernanza *Global* en Salud´. Este acontecimiento no ha sido un proceso sistematizado y estratégicamente planeado, si

no que ha fluido por sí mismo sin líneas claras de autoridad entre actores, ni legal ni políticamente (Williams y Rushton, 2011). Los mandatos de los actores con frecuencia se traslapan y superponen, por lo que los actores tradicionales han debido acoplarse paulatinamente a esta nueva realidad, estableciendo alianzas y procesos de gobernanza cooperativos con actores no-estatales.

A pesar de que los actores no-estatales han estado presentes por más de un siglo en el ámbito de la salud internacional –la Fundación Rockefeller, por ejemplo, tuvo un papel importante desde los primeros lustros del siglo xx–, no es sino hasta la década de los noventa que proliferan con rapidez y comienzan a tener un rol más preponderante. Paulatinamente, el SGGs sufre una importante metamorfosis, nuevos actores entran en escena y evolucionan con rapidez los mecanismos de gobernanza. Este cambio, junto con muchas otras transformaciones que ocurren a nivel global, complejiza de sobremanera los procesos de gobernanza que se despliegan al interior del Sistema, lo que dificulta cada vez más su aprehensión. Por lo tanto, analizar el papel que han jugado los actores no-estatales constituye un elemento fundamental para explicar las características del Sistema como totalidad y la dinámica de su funcionamiento.

Los actores no-estatales son actores muy heterogéneos y difícilmente pueden considerarse en conjunto para fines explicativos. Su clasificación dentro de este grupo sólo cuenta con una utilidad analítica, ya que la única característica común que los define es no pertenecer al ámbito de lo público. Desde cierta perspectiva, sin embargo, esto les otorga algunos atributos comunes, que aunque no siempre aplican, vale la pena mencionar. Por ejemplo, frecuentemente se afirma que este tipo de organizaciones no responden a los intereses de ningún gobierno en específico y que no cuentan con mecanismos democráticos de toma de decisiones. Igualmente, se plantea que los actores no-estatales no son responsivos a las demandas generales de las sociedades, sino que responden a intereses de grupos particulares, lo que los cierra al escrutinio público. Desde otras aproximaciones, sin embargo, los actores no-estatales son altamente valorados ya que se les considera más flexibles y adaptables al contexto actual. A diferencia de los Estados y

actores intergubernamentales, se cree que evitan caer en procesos de burocratización anquilosados que les restan eficiencia a la hora de actuar. Asimismo, su participación en los procesos de gobernanza es vista como importante para impulsar procesos cooperativos que integren las perspectivas de los múltiples *stakeholders*.

Para los fines que persigue este trabajo, dentro de los actores no-estatales se consideran básicamente las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) –locales, nacionales e internacionales–, las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs) y las Empresas Transnacionales (ETNs). Los actores no-estatales, por lo tanto, incluyen tanto actores con ánimo de lucro como actores sin ánimo de lucro que por definición no pertenecen a la esfera de lo público. La mayoría opera tanto a nivel nacional como internacional y sus intereses y objetivos varían considerablemente (Davis, 2010). La importancia de este tipo de actores dentro del SGGs es diversa, su nivel de predominio depende principalmente de su capacidad de influencia sobre otros actores y sobre el Sistema como totalidad. Para ello, es fundamental tener presente los flujos de recursos que imprimen al Sistema, tanto en términos económicos como cognitivos. A continuación se examinará el papel que han jugado aquellos actores no-estatales que cuentan con un papel más significativo en el SGGs.

#### *Fundaciones Filantrópicas Internacionales*

Durante las últimas décadas, las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs) se han consolidado como jugadores centrales en las iniciativas de salud global junto a la OMS, el BM, el UNICEF y los principales países donantes (People's Health Movement, 2009). Actualmente, son consideradas como los actores no-estatales más importantes del SGGs. Su participación es altamente valorada debido a que inyectan una gran cantidad de recursos a las problemáticas más urgentes de salud pública a nivel mundial. Sus aportaciones son de tal magnitud que sobrepasan anualmente las contribuciones de la mayoría de Estados. Sin embargo, su intervención también se ha visto oscurecida por

importantes críticas a la forma en que han influenciado a otros actores del Sistema y los efectos que han tenido sus iniciativas (Williams y Rushton, 2011).

A lo largo del siglo xx se crearon un número importante de FFIS que lograron jugar un rol prominente en diversos ámbitos del desarrollo social. Cuando en la década de los años setenta, dentro de la disciplina de las Relaciones Internacionales, se populariza el concepto de 'actores transnacionales' –para hacer referencia a nuevo tipo de actor internacional no-estatal– las FFIS fueron consideradas dentro de este grupo. No sólo por las generosas subvenciones dirigidas a diversas áreas del desarrollo internacional, sino por su influencia directa e indirecta sobre otros actores de la política mundial (Ulbert, 2011: 1). No obstante, su papel se consideraba tangencial en comparación con el papel de los Estados y los OIS, si bien muchas de ellas contaban con un impacto significativo, en la mayoría de los casos su independencia se encontraba restringida por los gobiernos de los Estados a los que pertenecían. La política de la OMS en este sentido, por ejemplo, era cooperar activamente con actores no-estatales siempre y cuando los Estados miembros interesados avalaran dicha cooperación.

En el campo de la salud pública, como se había mencionado, las FFIS tuvieron un rol destacado desde principios del siglo xx. Dentro de las cuales, una de las más representativas ha sido la Fundación Rockefeller, la cual, desde su creación en 1909, ha tenido un papel muy prominente en el ámbito sanitario internacional. Su famosa División de Salud Internacional –creada en 1913 con funcionamiento hasta 1951– es considerada como el organismo más importante en materia de salud pública, antes de la creación de la OMS en 1948 (Farley, 2004). En efecto, para 1940, el gasto de la Fundación Rockefeller en cuestiones de desarrollo social sobrepasaba por mucho el gasto de los Estados dirigido a la asistencia internacional (Williams y Rushton, 2011).

Algunos ejemplos del importante papel que jugó la Fundación Rockefeller en el ámbito de la salud, son las campañas masivas que impulsó contra enfermedades como la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, así como su participación en las campañas de erradicación de la viruela. Además de ese tipo de iniciativas, diversos especialistas en

historia de la salud pública advierten que su accionar fue decisivo para el desarrollo del sector sanitario, ya que tuvo una influencia muy relevante en torno al desarrollo de las prácticas y perspectivas de la medicina moderna, impulsando un proceso de tecnificación continuo de la salud pública alrededor del mundo (Ulbert, 2011: 1). Al respecto Birn (2005) sostiene que:

The Rockefeller Foundation was involved in all aspects of public health: ideas, theory, research, professional training, practice, implementation, organization and institution building. As the only health agency truly operating internationally until the founding of the WHO in 1948, it helped to shape global public health to a greater extent than any other organization of its day'.

La Fundación Rockefeller estuvo involucrada en todos los aspectos de la salud pública: ideas, teorías, investigación, formación profesional, práctica, implementación, organización y desarrollo institucional. Debido a que fue la única agencia de salud que operó a nivel internacional hasta la fundación de la OMS en 1948, ayudó a dar forma a la salud pública mundial en mayor medida que cualquier otra organización en la actualidad'.  
(Birn, 2006: 31)

Empero, la importancia relativa de las FFIS no se ha mantenido constante en el tiempo. A pesar de haber contado con una presencia continua a lo largo del siglo xx, su influencia mermó significativamente después de la Segunda Guerra Mundial, frente al auge de las organizaciones multilaterales y de los programas de asistencia para el desarrollo internacional promovidos desde los Estados (Williams y Rushton, 2011). Aunque las fundaciones se mantienen presentes en la escena del desarrollo en el período de la postguerra, su papel queda relegado a un plano secundario debido a la enorme cantidad de recursos introducidos por el financiamiento bilateral y multilateral durante la época, el cual, dicho sea de paso, sobrepasó por mucho las aportaciones de los actores no-estatales.

A partir de los años noventa, las FFIS poco a poco comienzan a retomar un papel preponderante. El auge del neoliberalismo y el desarrollo de los mercados de tecnología y comunicaciones, van creando una marea de nuevos multimillonarios, principalmente en EE.UU y Europa, pero también en países como Rusia, India y México (People's Health Movement, 2009). Este crecimiento sin precedentes de la riqueza privada, da lugar a una

nueva oleada de iniciativas filantrópicas orientadas a la búsqueda de resultados y modelos más eficientes de intervención social. Desde entonces, el desarrollo acelerado de la filantropía o el 'filantrocapialismo' –como se le ha denominado recientemente– ha cobrado una relevancia enorme en la escena del desarrollo internacional, principalmente en el ámbito de la salud. Aunque con frecuencia el filantrocapialismo es visto como una solución a importantes problemáticas globales, también se ha convertido en una actividad conflictiva que suscita múltiples inquietudes. A pesar de que no existe consenso sobre su influencia real, hoy por hoy el impacto que ha tenido sobre las actividades de desarrollo que se promueven a nivel mundial es innegable (Ulbert, 2011).

El apogeo de la filantropía no debe ser entendido únicamente como un 'aumento en la benevolencia de los ricos', sino como un instrumento eficaz y poderoso con impactos en los procesos de gobernanza global que se despliegan en la actualidad. Un conocimiento informado de la dinámica de la filantropía no sólo requiere una evaluación de lo que se hace y de quién se beneficia, sino también de cómo y para qué se gestionan y utilizan los recursos (People's Health Movement, 2009). Por lo tanto, es importante restarle a las iniciativas filantrópicas internacionales el aire de neutralidad que pretenden y analizarlas como proyectos políticos movilizados con intenciones, intereses y objetivos particulares. Mientras para algunas posiciones, el enorme flujo de recursos que han canalizado los filantrocapialistas al desarrollo social debe ser sumamente apreciado a pesar de las críticas, para otros la filantropía representa:

'Relatively unregulated and unaccountable concentrations of power and wealth which buy talent, promote causes, and in effect, establish an agenda of what merits society's attention. They serve as 'cooling-out' agencies, delaying and preventing more radical, structural change. They help maintain an economic and political order, international in scope, which benefits the ruling-class interests of philanthropists'

'Concentraciones no reguladas de poder y riqueza que compran talento, promueven causas y establecen la agenda de las problemáticas que merecen ser atendidas por la sociedad. Sirven como paliativos para demorar y prevenir un cambio estructural más amplio y radical. Ayudan a mantener un orden económico y político, de alcance internacional, que beneficia a los intereses de la clase dominante de los filántropos' (Birn, 2006: 31)

En el ámbito de la salud, las FFIS han revolucionado la arquitectura de la gobernanza de una manera que no había sido vista desde la creación del sistema multilateral moderno posterior a la Segunda Guerra Mundial (Williams y Rushton, 2011). A pesar de que en el período de postguerra la Fundación Rockefeller continuaba jugando un papel importante en el sector sanitario, su participación puede considerarse tangencial si se compara con el papel que juegan en la actualidad fundaciones como la de Bill y Melinda Gates o la Fundación Ford.

En la actualidad, las principales FFIS que influyen en el sector sanitario se ubican en el territorio de los EE.UU., por lo que los datos sobre su participación en el área de la salud nos aportan una aproximación importante sobre el peso que efectivamente tienen. Hoy se calcula que existen más de 100,000 fundaciones privadas en EE.UU, muchas de las cuales contribuyen con actividades e investigación en salud pública a nivel internacional, contando con una dotación de más de 500 mil millones de dólares (Stuckler *et al.*, 2011). En la Tabla C14 se enlistan las diez FFIS más importantes en términos de presupuesto neto.

FUNDACIÓN	MONTO DE LAS SUBVENCIONES
Fundación Bill y Melinda Gates	\$1,646,624,977
Fundación Ford	\$198,452,178
Fundación de la Familia Walton	\$129,977,488
Fundación Willian y Flora Hewlett	\$106,189,687
Fundación Susan Thompson	\$97,161,526
Fundación Davis y Lucile Packard	\$94,265,821
Fundación MacArthur	\$77,952,559
Fundación Rockefeller	\$75,096,381
Fundación de la Familia Bloomberg	\$74,451,041
Fundación Howard G.	\$62,832,857

Tabla C14

Fuente: Elaboración propia a partir de The Foundation Centre, 2012

La mayor parte de los recursos de estas instituciones están destinados a atender problemáticas de salud, tópico que se ha convertido en el principal ámbito de financiamiento de las fundaciones más representativas. Como se muestra en el Gráfico C15, aproximadamente el 40% de los fondos que destinan las diez FFIS más importantes a proyectos en el ámbito internacional se encuentran dirigidos al área de la salud.

**GASTO DE LAS PRINCIPALES FUNDACIONES FILANTROPICAS POR ÁREA**

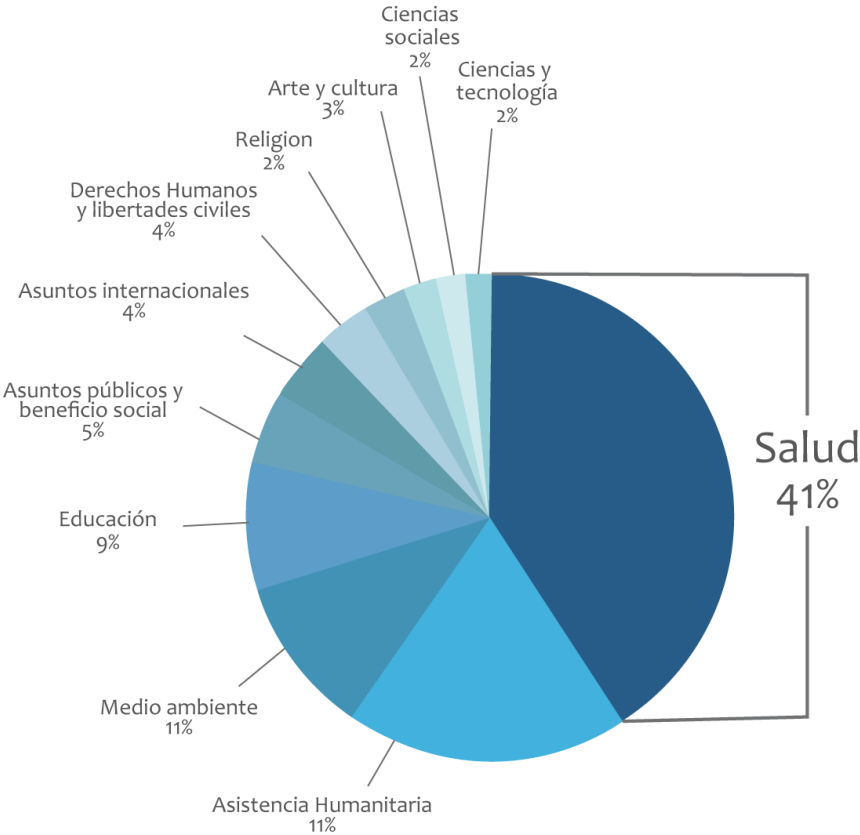


Gráfico C15

Fuente: Elaboración propia a partir de The Foundation Centre, 2012

Generalmente, las FFIS basan su trabajo en los principios y prácticas derivadas del mundo empresarial contemporáneo, enfatizando de sobremanera la importancia de las iniciativas de carácter costo-eficiente y la necesidad de los resultados medibles inmediatos. Juzgan su éxito y planifican sus actividades sobre la base de mediciones de desempeño, auditoría formales, cumplimiento de metas, etcétera (Williams y Rushton,



2010). Como consecuencia, una de las principales críticas que se realiza a su accionar es que han tendido a llevar a las iniciativas en salud hacia un 'giro privado'; permeando los programas globales de salud con una lógica de negocios. Debido a que su trabajo en el área está orientado a resultados inmediatos y tangibles, otorgan una preferencia a todo tipo de iniciativas que puedan basarse en la mejora de indicadores medibles en el corto plazo.

Lo anterior ha impacto, entre otras cosas, en el tipo de áreas que han optado por priorizar y financiar. Es ampliamente reconocido, por ejemplo, que la gran mayoría de FFIs prefieren promover iniciativas verticales, dirigidas sobre enfermedades específicas, en vez de apoyar proyectos más amplios que intenten hacer frente a las problemáticas sistémicas de los servicios de salud (*idem*). Evidentemente, resulta más sencillo repartir medicamentos y contabilizar a las personas beneficiadas por aquello, que medir el impacto en las mejoras de los sistemas de salud. De esta manera, tienden a desviar recursos desproporcionalmente hacia ciertas áreas, sin tener presente los efectos que ello puede tener sobre la salud pública en general.

A pesar de que últimamente se ha reconocido la importancia de invertir en el fortalecimiento de sistemas de salud para que las iniciativas de combate a enfermedades sean viables en el mediano y largo plazo, la mayoría de recursos siguen dirigiéndose a las estrategias verticales, centradas en un número reducido de problemáticas de alto perfil. En otras palabras, se ha pretendido crear 'islas de excelencia en mares de suministros deficientes de servicios sanitarios' (*idem*). El problema es que mientras no exista la infraestructura y el personal capacitado para brindar tratamientos supervisados y completos, no es posible avanzar en soluciones duraderas que tengan un impacto real sobre la salud de la población a largo plazo.

Otra crítica que frecuente se realiza al accionar de las FFIs, se dirige hacia la falta de coordinación de sus esfuerzos y de los efectos secundarios de los proyectos que impulsan sobre sistemas sanitarios públicos. Por ejemplo, los altos salarios que pagan muchas de estas instituciones a los profesionales de salud en algunos países –comparado con los

salarios locales—, ha ocasionado que médicos y enfermeras dejen sus trabajos en los sistemas públicos para participar en las iniciativas de las FFIS. El resultado de ello, ha sido una escasez generalizada de profesionales de salud en los ya deteriorados servicios sanitarios públicos de ciertas regiones del mundo (Figer, 2009). De igual forma, muchos gobiernos de los países en desarrollo han extendido quejas hacia la poca coordinación que existe entre las iniciativas promovidas por las diferentes FFIS, ya que con frecuencia se duplican esfuerzos y se tratan las mismas poblaciones mientras otras son pasadas por alto. Aunque esta problemática se aborda a través de mecanismos de coordinación implementados en los últimos años, la cantidad y complejidad de los programas parecen rebasar los esfuerzos realizados en este sentido.

Finalmente, es importante destacar la relación de las FFIS con las ETNS, ya que su accionar en general ha estado caracterizado por una amplia y cooperativa participación con empresas de diversos rubros, especialmente con la industria farmacéutica transnacional. Gran parte de los proyectos que financian están dirigidos a la compra de medicamentos y tecnología médica patentada por las ETNS del sector salud. Asimismo, las principales FFIS dependen de manera directa de una o varias ETNS o suelen mantener inversiones bursátiles en algunas de ellas. Como veremos más adelante, en ciertos casos la misión que tienen y los objetivos que promueven las FFIS, parecen ir a contrapelo con el tipo de inversiones que realizan en los mercados bursátiles.

Dentro de todas las FFIS que trabajan en el ámbito de la salud a nivel global, la Fundación de Bill y Melinda Gates cuenta, sin duda, con un papel predominante. Se estima que de cada 5 dólares destinados para programas de desarrollo internacional provenientes de actores no-estatales, 2 provienen de dicha Fundación (The Foundation Centre, 2012). Según datos de 2010, la Fundación Gates proporcionó 38,7% de los dólares dirigidos a subvenciones internacionales, mientras que la segunda en la lista, la Fundación Ford, representó únicamente el 5 por ciento del total (*ídem*). Además, como ha podido observarse en diversas estadísticas presentadas a lo largo del capítulo, su participación en las ISG tiene una importancia cardinal, ya que encabeza todas las listas como principal

fFuente de financiamiento. Por lo anterior, vale la pena detenerse a analizar con más detalle cual ha sido su papel e influencia en el SGGs desde su creación. Esto ofrecerá asimismo, un panorama más preciso sobre el rol que juegan actualmente los actores no-estatales dentro del Sistema.

### *Fundación Gates*

La Fundación de Bill & Melinda Gates –en adelante la Fundación Gates– es una institución privada sin ánimo de lucro creada en 1999 en Seattle, EE.UU. Desde su creación es dirigida por Bill y Melinda Gates –principales accionistas de la Corporación Microsoft– y Warren Buffett –importante inversionista de diversas ETNs y director del corporativo Hathaway–. No cuenta con un consejo de administración, ni con mecanismos de toma de decisión plurales, por lo que sus acciones y estrategias son responsabilidad plena de sus directores. Para el año 2005, la Fundación Gates se había convertido en la principal organización de beneficencia del mundo, contando con fondos que sobrepasaban los 25 mil millones de dólares, superando por mucho el presupuesto de cualquier otra FFIS existente. En 2006, gracias a una aportación del inversor estadounidense Warren Buffett por 31 mil millones dólares, la Fundación Gates se convierte en el gigante de la filantropía a nivel mundial y desde entonces su papel cobra un importancia muy notable dentro del SGGs (People’s Health Movement, 2009).

Su funcionamiento está organizado a través de tres programas principales: Desarrollo Global, Salud Global y Estados Unidos, de los cuales el más extenso es el de Salud Global, a través del cual se subvencionan programas de salud por más de \$1,977,507 millones de dólares anualmente; en el Gráfico C16 podemos advertir el peso que este Programa tiene frente a otras iniciativas de la Fundación.

#### FINANCIAMIENTO POR ÁREAS DE LA FUNDACIÓN GATES, 2011



Gráfico C16

Fuente: Fundación Gates, 2011

El Programa Salud Global concentra sus esfuerzos en dos áreas principales: en el acceso a las vacunas, medicamentos y otras herramientas existentes para luchar contra las enfermedades más comunes en los países en vías de desarrollo; y en la investigación para desarrollar nuevas soluciones y medicamentos que sean eficaces, asequibles y prácticos (Bill and Melinda Gates Foundation, 2013). La mayoría de los fondos se destinan a la investigación en torno a la malaria, la inmunización contra el VIH-SIDA, la salud reproductiva y materno-infantil así como otras enfermedades infecciosas desatendidas (*ídem*). Los objetivos específicos que persigue este programa son:

- aprovechar los avances de la ciencia y la tecnología para salvar vidas en los países en desarrollo;
- trabajar con otras organizaciones para proporcionar tecnología médica – incluyendo vacunas, medicamentos y diagnósticos clínicos–.
- descubrir soluciones pioneras a problemáticas de salud que sean asequibles y fiables;
- realizar proyectos dirigidos a llevar las intervenciones de salud a quienes más las necesitan;

- invertir en el desarrollo de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas como el VIH, la poliomielitis y la malaria, y;
- promover soluciones de salud para la planificación familiar, la nutrición y el desarrollo materno-infantil.

Como puede concluirse a partir de sus objetivos, el enfoque de la Fundación Gates hacia la salud pública está basado, principalmente, en el suministro de tecnología médica existente –vacunas, medicamentos, etc.– y en el desarrollo de nuevas tecnologías dirigidas a tratar enfermedades infecciosas. Su régimen de subvenciones tienen un enfoque limitado hacia los tratamientos de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, privilegiando las innovaciones en vacunas y la modificación genética sobre las medidas sociales y ambientales como las mejoras en los sistemas de drenaje y saneamiento (People’s Health Movement, 2011). El grueso de su trabajo está dirigido a la financiación de programas contra la malaria y el VIH-SIDA, omitiendo casi por completo de su cartera el financiamiento de las enfermedades crónicas no-transmisibles (*idem*). Como consecuencia, es posible afirmar que su trabajo se funda en un entendimiento estrecho de la salud, concebida como producto de las intervenciones técnicas y divorciada de los contextos económicos, sociales y políticos (Ulbert, 2011). En la Tabla C17 se puede apreciar hacia qué áreas se dirigió el financiamiento del Programa de Salud Global en el 2010.

Subvenciones para Programas de Salud Global		1,485,337
Enfermedades Infecciosas		521,821
Malaria	158,032	
Tuberculosis	118,160	
Neumonía	83,157	
Enfermdades diarreicas	82,972	
Otras	79,500	
Suministro		393,110
Polio	278,457	
Vacunas	114,653	
VIH-SIDA		212,025
Salud Familiar		168,951
Salud materno-infantil	118,100	
Planificación familiar	32,775	
Nutrición	18,076	
Políticas públicas y activismo		105,052
Innovación Intersectorial		56,642
Iniciativas Especiales		27,736

Tabla C17  
Fuente: Fundación Gates, 2011

La planeación y la gestión de los programas que promueve la Fundación Gates se basan en una perspectiva de negocios, orientada a la obtención de resultados medibles en el corto plazo (*idem*). El afán generalizado por la rentabilidad de las inversiones, parecen haber dado lugar a un sesgo hacia soluciones biomédicas y tecnológicas, relegando soluciones más amplias y duraderas que tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud. Ello ha derivado en una asignación desproporcionada de la financiación para el desarrollo de las nuevas tecnologías en salud, en lugar de abordar las barreras para el suministro y la utilización de las tecnologías existentes (People's Health Movement, 2011). Más del 97% del presupuesto adjudicado a programas en el 2010 se dirigió a programas para el combate de enfermedades infecciosas y únicamente el 3% a enfermedades no-infecciosas (Stuckler *et al.*, 2011).

Sin duda, uno de los rasgos más característico y sorprendente de la Fundación Gates es la gran cantidad de recursos que canaliza hacia las iniciativas de Salud Global. Por ejemplo, al poco tiempo de su creación, destino 100 millones de dólares para el *Children's*

*Vaccine Program*; 50 millones de dólares para la *Malaria Vaccine Initiative* y 25 millones de dólares para *International AIDS Vaccine Initiative* (People's Health Movement, 2011). En comparación, la OMS destinó para todo su programa de Control de Enfermedades Tropicales únicamente 29 millones de dólares en un lapso de dos años (1998-1999) (Buse y Walt, 2000: 705). Mientras el presupuesto de la OMS para ese período fue de mil millones de dólares, el de la Fundación Gates ascendió a los 18 mil millones de dólares (*ídem*). En 2010, su presupuesto anual para subvenciones alcanzó los \$ 2, 470,345 millones de dólares (Fundación Gates, 2011), superando por mucho el presupuesto de Asistencia Oficial para el Desarrollo (ODA) de la mayoría de países europeos.

En la última década, la Fundación Gates se ha convertido en el mayor donante privado en el ámbito de la salud a nivel global. Esta afluencia de recursos ha revolucionado el universo de la salud pública mundial, ya que a través de las subvenciones que otorga, influye de manera importante en el establecimiento de la agenda y en las tendencias de financiamiento hacia problemáticas de salud. Evidentemente, su participación en el SGG es de capital importancia, debido a la magnitud de los fondos que destina para la inversión en programas de salud alrededor del mundo. No sólo cuenta con una participación activa en las principales APPs en salud –principalmente en el Fondo Mundial, la Alianza GAVI y diversas alianzas de innovación médica creadas para el desarrollo de vacunas y medicamentos–, sino que otorga también importantes subvenciones anuales a OIS, incluyendo el Banco Mundial, la OMS y el UNICEF. Asimismo, financia proyectos de investigación en las principales universidades de EE.UU. así como en instituciones de investigación médica alrededor del mundo. En la Tabla C18 se presentan las organizaciones y APPs que han recibido importantes subvenciones de la Fundación Gates desde su creación en 1999.

Año	Organización receptora	Área	Cantidad
1999	Alianza GAVI	Vacunas	750,000,000
2004	Alianza GAVI	Vacunas	375,000,000
2012	Aeras Global TB Vaccine Foundations	Vacunas	207,660,480
2003	Foundation for the National Institutes Health	Innovación	200,843,120
2007	Aeras Global TB Vaccine Foundations	Vacunas	200,665,216
2009	Program for Appropriate Technology in Health	Vacunas	182,768,272
2008	Program for Appropriate Technology in Health	Vacunas	168,731,152
2010	Global Alliance for TB Drug Development	Tuberculosis	164,910,032
2005	Medicines for Malaria Venture	Malaria	137,000,000
2009	Medicines for Malaria Venture	Malaria	134,000,000
2005	Program for Appropriate Technology in Health	Vacunas	107,626,288
2007	University of Washington	Políticas	105,228,184
2006	Global Alliance for TB Drug Development	Tuberculosis	104,403,824
2002	IAVI	VIH-SIDA	100,000,000
2003	Program for Appropriate Technology in Health	Vacunas	100,000,000
2008	International Partnership for Microbicides	VIH-SIDA	100,000,000
2001	Global Fund	VIH-SIDA	100,000,000
2001	IAVI	VIH-SIDA	100,000,000

Tabla C18

Fuente: Elaboración propia a partir de Fundación Gates, 2013

La mayor parte de la literatura publicada y los medios de comunicación se han centrado en los aspectos positivos de la Fundación Gates sobre la salud pública mundial. Aunque es innegable que sus contribuciones monetarias han tenido un impacto importante sobre el control de las enfermedades infecciosas en ciertas regiones del planeta, vale la pena estimular un debate más crítico sobre su papel y sobre la forma en que influye a otros actores del Sistema. Una de las críticas más importantes en este sentido es que la Fundación Gates, al participar en las principales APPs de salud y ser la tercera mayor fuente de financiación de la OMS (People's Health Movement, 2011), posee un poder inigualable sobre el rumbo de los programas de salud. Debido a que la gran mayoría de instituciones globales de investigación en salud son receptoras de fondos de la



Fundación Gates, paulatinamente ésta se ha convertido en un actor dominante en el establecimiento de los marcos de referencia para las políticas de salud pública a nivel internacional (*ídem*).

Otra crítica importante que se extiende hacia las prácticas de la Fundación Gates, se refiere a su alineamiento con los intereses corporativos. Desde su creación, las alianzas con la industria farmacéutica han formado parte central de sus estrategias, en este sentido, aunque evidentemente los programas de desarrollo de vacunas y medicamentos requieren de cooperación con las ETNs farmacéuticas, sus relaciones con el sector privado van más allá. La Fundación ha mantenido un apoyo incondicional sobre los derechos de propiedad intelectual, a pesar de los efectos negativos que ello ha tenido sobre las capacidades de acceso a medicamentos en los países en desarrollo. Microsoft –empresa vinculada de manera obvia con la Fundación– ha sido uno de los actores privados más influyentes en el lobby que presiona al interior de la OMC para extender y profundizar los derechos de propiedad intelectual, a pesar de la crisis sanitaria que ello podría ocasionar en muchas regiones del planeta (*ídem*).

Además, en los últimos años la Fundación se ha convertido en accionista de las principales empresas del sector alimenticio y de medicamentos. Tiene participaciones significativas en Mc Donalds (9,4 millones de acciones que representan alrededor del 5% de la cartera), en Coca-Cola (0,15 millones de acciones más de 7% de la cartera) y cuenta con acciones en las farmacéuticas Johnson & Johnson, Schering-Plough, Eli Lilly and Company y Merck & Co., entre otras (Stuckler *et al.*, 2011). Alrededor de la mitad de las acciones de la Fundación Gates están invertidas en Berkshire Hathaway (*ídem*), propiedad de Warren Buffet –codirector de la Fundación Gates desde el 2006–. Hathaway es la principal accionista de Coca-Cola y de la compañía de alimentos Kraft. Sumado a ello, la Fundación Gates invierte sus fondos en el mercado bursátil, alimentando la especulación financiera que profundiza el empobrecimiento y la dependencia de los países en desarrollo. En la Tabla C19 se puede observar con más detalle la relación de la Fundación Gates con las principales ETNs a través de su portafolio de acciones.

Entidad	Accionista de	Miles de Millones	participación del portafolio
Fundación Bill y Melinda Gates	Berkshire Hathaway	5.89	49.75%
	McDonald's	0.62	5.21%
	Coca-Cola	0.51	4.31%
	Waste Management	0.49	4.15%
	Walmart	0.44	3.75%
	Coca-Cola FEMSA	0.35	2.97%
	Costco	0.34	2.83%
	Monsanto	0.02	0.19%
	Berkshire Hathaway	Coca-Cola	10.0
Procter & Gamble		4.7	10.08%
Kraft Foods		2.9	6.34%
Johnson y Johnson		2.4	5.25%
Walmart		1.9	4.04%
Nestle		0.16	0.35%
Sanofi-Aventis		0.12	0.26%
GlaxoSmithKline		0.05	0.11%

Tabla C19

Fuente: Elaboración propia a partir de Stuckler *et al.*, 2011

El principal problema de este tipo de inversiones en el sector privado, radica en que muchas de estas empresas están siendo actualmente acusadas de ocasionar grandes problemas de salud alrededor del mundo. Por ejemplo, se estima que las técnicas de mercadeo de Coca-Cola y de los productos Kraft han contribuido a expandir la epidemia de obesidad que afecta hoy día a un porcentaje muy significativo de la población mundial. Ello sin duda genera cuestionamientos éticos sobre el proceder de diversas fundaciones que supuestamente abogan por mejorar el estado de salud de las personas y al mismo tiempo invierten su capital en ETNs que dejan mucho que desear al respecto. Igualmente, la relación directa con las compañías farmacéuticas plantea cuestionamientos en torno a los beneficios de los programas que se promueven para el desarrollo de vacunas y medicamentos. Por ejemplo, muchas de las subvenciones dirigidas a la innovación en medicinas han beneficiado de manera directa a Merck and GlaxoSmithKline, compañías

farmacéuticas de las que la Fundación Gates es accionista importante (Stuckler *et al.*, 2011).

Asimismo, se estima que un porcentaje elevado de los empleados más importantes de la Fundación provienen de renombradas empresas del sector privado. Estos flujos circulares de personal entre la Fundación y las empresas de alimentos y farmacéuticas, generan diversos conflictos de intereses (*ídem*). Por otra parte, un estudio reciente revela que la mayoría de las subvenciones que la Fundación otorga están dirigidas a instituciones de investigación estadounidenses. De los 9 billones de dólares atribuidos a 1,094 programas de salud global entre 1999 y 2007, aproximadamente el 50% fueron canalizados hacia receptores en EE.UU. (*ídem*). Además, parte de las subvenciones se dirigieron a empresas en las cuales la Fundación tiene importantes inversiones (*ídem*).

Sin embargo, este tipo de operaciones con el sector privado no deben empañar a todo el conjunto de acciones de la Fundación Gates. Debido a que sus aportes han generado un importante flujo de recursos hacia las problemáticas de salud más urgentes a nivel mundial, es un tanto difícil juzgar su accionar con una sola medida. A pesar de ello, es innegable que la Fundación Gates no debe ser considerada como un donante 'pasivo y neutral'. Los fondos que canaliza obviamente reflejan una preferencia por cierto tipo de iniciativas y de organizaciones receptoras, como consecuencia –teniendo presente el gran peso que tiene sobre el SGGs– las prioridades que establece generan un impacto importante sobre el Sistema. Al estar contribuyendo significativamente en ciertas áreas de salud pública, omite financiar y promover otras que son consideradas como ámbitos prioritarios para generar soluciones de salud de amplio espectro y a largo plazo –como lo es el fortalecimiento de los sistemas de salud, el acceso a los medicamentos y el abordaje de las causas sociales de la enfermedad–.

Después de reflexionar en torno al enorme peso de las FFIS sobre el SGGs – especialmente sobre el papel de la Fundación Gates– ahora se analizarán otro tipos de actores no-estatales que cuentan con un papel muy diferente, aunque igualmente importante dentro del Sistema: las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que

trabajan en el ámbito de la salud global. Antes de iniciar el siguiente apartado, sin embargo, cabe mencionar que a pesar de ser actores sin ánimo de lucro como las FFIS, las ONGs se diferencian de éstas porque sus recursos no provienen de la riqueza de un sólo individuo o de una empresa privada particular, sino que dependen de un caudal más amplio de fuentes de financiamiento.

### Organizaciones no-gubernamentales

Al igual que las fundaciones filantrópicas Internacionales (FFIS), a partir de los años ochenta las ONGs han cobrado una importancia cada vez más significativa dentro de la arena internacional, ya sea como gestores de desarrollo social o a través del cabildeo político en diversas áreas –derechos humanos, problemáticas ambientales, socioeconómicas, etcétera–. Para el Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS), sin lugar a dudas su papel ha sido fundamental a nivel local y global, tanto en términos de cabildeo como en torno a la implementación de programas de salud específicos. En el ámbito de la salud, históricamente las ONGs se han enfocado en la prestación de servicios sanitarios, en particular en los países en desarrollo y casi siempre desde un enfoque humanitario.

Desde la década de los ochenta, sin embargo, las ONGs que trabajan en el sector sanitario han proliferado en tipo, número y funciones que realizan (Lee, 2010: 2). A partir los años noventa, ha crecido el apoyo generalizado al fortalecimiento del papel de las ONGs desde las OIS y las FFIS. La OMS ha mantenido una sólida relación con diversas ONGs internacionales, a pesar de que en los artículos 17 y 18 de su Constitución se establece que la Organización ‘sólo puede cooperar con estas organizaciones de la sociedad civil con el consentimiento de los gobiernos concernientes’ (Davis, 2010: 49). Según el BM, las consultas con las ONGs han tendido a ‘mejorar la calidad del diseño y desarrollo de políticas públicas, influenciando de manera positiva los programas y las reformas del sector público’ (Lee, 2010: 3).

En 2001, la OMS lanza la Civil Society Initiative (CSI) para llevar a cabo una revisión exhaustiva del estado de sus relaciones con las ONGs (Lee, 2010). La iniciativa se encuentra actualmente en funcionamiento y tiene como objetivo 'fomentar y administrar las relaciones entre la OMS y las ONGs para promover políticas, estrategias y actividades en colaboración' (OMS, 2013). Aunque con frecuencia se ha acusado a la OMS de tener una relación muy limitada con las ONGs, una evaluación interna de la Organización reveló que existían 482 relaciones entre ONGs y la sede central de la OMS, de las cuales 56 eran consideradas como relaciones oficiales (Lee, 2010: 3). Asimismo, cuando se crea la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) durante 2005, se adopta una estrategia de colaboración directa con las ONGs, otorgándoles poder de decisión sobre el proceso de desarrollo de la comisión (*ibíd.*: 4).

Resulta indispensable, sin embargo, considerar que dentro del grupo de las ONGs que trabajan en salud global existen grandes diferencias. El atributo que comparten es ser organizaciones que emanan de la sociedad civil organizada y persiguen causas u objetivos determinados (Dogdson *et al*, 2002); además, estas organizaciones pueden ser sujetos de subvenciones por parte de otros actores –estatales o no-estatales– o pueden a su vez ser fuentes de financiamiento. A nivel local su papel principal consiste en ejecutar proyectos de salud financiados por los Estados o por organizaciones de nivel internacional –públicas o privadas–. A nivel transnacional su papel es financiar y dar seguimiento a iniciativas de salud de diversa índole, o bien, realizar cabildeo por el derecho a la salud u otras causas políticas en torno al sector sanitario. Más recientemente, su papel se ha extendido al ámbito de la investigación, convirtiéndose en importantes fuentes de conocimiento sobre el estado actual de las problemáticas de salud en el mundo.

Para los fines de este trabajo, se analizará principalmente el papel de las ONGs transnacionales, no sin antes advertir el importante rol de las ONGs locales, quienes han sido imprescindibles para el SGGs en las últimas décadas. Las ONGs locales no sólo han servido como vehículos de implementación de iniciativas en salud en la mayoría de países en desarrollo, sino que han jugado un papel esencial en la provisión de servicios sanitarios

a poblaciones vulnerables. A medida que los Estados se han ido retrayendo de su papel como proveedores de servicios de salud, las empresas privadas y las ONGs han entrado a llenar esta brecha. Actualmente las ONGs locales constituyen –en ciertas regiones como África subsahariana– los principales proveedores de servicios sanitarios a nivel comunitario.

El papel de las ONGs contemporáneas tiene un carácter fundamentalmente asistencial y está dirigido a la provisión de la atención básica de enfermedades específicas. Estas organizaciones se han convertido en los últimos eslabones de la cadena de suministro de las mega-iniciativas globales de salud dirigidas a combatir enfermedades infecciosas. A pesar de la importancia que han tenido, su papel también ha suscitado diversas controversias, con frecuencia se les acusa de haberse convertido en instrumentos paliativos de las problemáticas sanitarias en los países en desarrollo, prorrogando la ejecución de intervenciones sanitarias más amplias por parte de los gobiernos. Su papel como entes apolíticos y neutrales es por lo tanto cuestionado ya que gracias a su labor asistencial, los Estados han podido desentenderse de las obligaciones de suministrar servicios de salud de calidad y accesibles a todos los niveles.

En este sentido, algunas ONGs locales han sido acusadas de malversación de fondos de los programas y de cobrar cuotas de recuperación a las poblaciones en las que desarrollan proyectos asistenciales supuestamente gratuitos. Su rápida y masiva proliferación –a raíz del aumento en los montos de recursos internacionales destinados a programas de salud– también ha generado recurrentes sospechas acerca de sus verdaderos intereses. Igualmente, las acusaciones de cooptación por parte de grupos políticos particulares han producido desconfianza sobre la apariencia desinteresada de su labor sanitaria. De igual forma, con frecuencia se subraya el hecho de que rara vez pueden permanecer independientes a la preferencias de los donantes internacionales ya que frecuentemente encuentran barreras para conseguir financiamiento si no permanecen alineadas con sus intereses (Davis, 2010).

No obstante, es innegable que en numerosos países existen ONGs locales que han

jugado un papel central en la promoción de la salud comunitaria basada en las estrategias de APS. También ha habido un gran número de organizaciones locales que se han destacado por su cabildeo por el derecho a la salud y han defendido activamente el acceso universal a los servicios. Por ejemplo, no es desconocida la actuación de las ONGs latinoamericanas opuestas a la privatización de los sistemas nacionales de salud pública o su participación en las luchas sociales por el derecho al acceso universal a los servicios sanitarios. Igualmente, es reconocida la existencia de un amplio movimiento de ONGs en los países en desarrollo aliadas con ONGs internacionales para impactar en los procesos de toma de decisión que se llevan a cabo al interior de la OMS sobre problemáticas sanitarias particulares.

En suma, el actuar de las ONGs locales que trabajan en el área de la salud en los diferentes contextos, ha sido tanto aplaudido como condenado dependiendo de la perspectiva desde la que se aborde su labor. Es indiscutible, sin embargo, que su papel ha sido esencial dentro del SGGs. Por lo tanto, es posible concluir que en conjunto, las ONGs locales constituyen un actor importante del Sistema, sobre todo como facilitadoras e implementadoras de las estrategias de otros actores, sean estos los propios Estados, las FFIS, las ONGs internacionales o los organismos intergubernamentales.

Por su parte, las ONGs internacionales en salud también han jugado un papel esencial en el SGGs. Al igual que las ONGs locales, su actuación es muy diversa y cumplen variadas funciones, algunas tienen un modo de accionar muy similar al de las principales FFIS, ya que están ubicadas en los países desarrollados, se nutren de los recursos provenientes de individuos y empresas o de recursos públicos de estos países, enfocando su labor esencial en financiar ONGs de menor escala para que actúen en escenarios locales implementando proyectos o brindando asistencia humanitaria en lugares específicos.

La gran mayoría de estas organizaciones tiende a jugar un papel principalmente asistencial, centrándose en el financiamiento de iniciativas de salud en zonas de emergencia humanitaria o en ciertos problemas de salud recurrentes. Dentro de las ONGs que más recursos canalizan hacia la salud a nivel mundial, se encuentran las

organizaciones basadas en EE.UU., en el Gráfico C20 podemos observar cuales con las principales ONGs de este país que promueven programas de salud alrededor del mundo. Como se puede advertir, gran parte del presupuesto de estas organizaciones proviene de contribuciones privadas, ya sean monetarias o en especie; mientras un porcentaje alto proviene del financiamiento público, incluyendo el gobierno de EE.UU. y OIs. En este escenario, no deja de sorprender el hecho de que la Fundación Gates sea reconocida como una fuente particular de financiamiento de las ONGs, debido a la gran cantidad de presupuesto que destina a las mismas.

GASTOS DE ONGs DE EE.UU REALIZADOS EN SALUD A NIVEL GLOBAL (EXCLUYENDO EE.UU) , 1900-2012

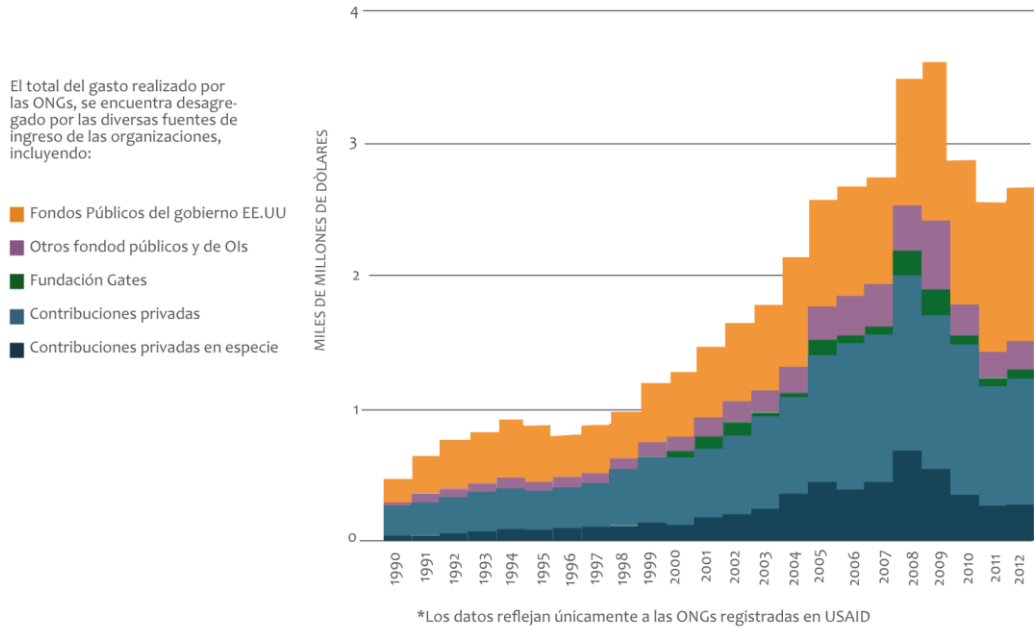


Gráfico C20  
Fuente: IHME, 2012

La mayoría de estas organizaciones son en apariencia políticamente neutrales y enfocadas sobre una labor esencialmente humanitaria, en este sentido destaca el rol histórico de la Cruz Roja Internacional. Esta institución depende de los aportes voluntarios provenientes tanto de Estados como del sector privado, tradicionalmente ha jugado a nivel global un papel primario en la asistencia sanitaria en zonas de emergencia, crisis y



conflictos armados. Su accionar es aceptado de manera generalizada porque mantiene buenas relaciones con la mayoría de gobiernos y ha mantenido un papel neutral en la provisión de servicios de salud (*idem*). Algunas organizaciones representativas del mismo perfil son Save the Children, Caritas International, el Comité Internacional de Rescate, entre otras.

Además de este tipo de ONGs humanitarias, existe otro conjunto de ONGs internacionales que trabajan en el ámbito de la salud y se diferencian de las anteriores por jugar un rol más políticamente comprometido con las causas sanitarias que promueven. En general, se caracterizan por movilizar esfuerzos en torno a diversas problemáticas sanitarias para llevar a cabo un importante cabildeo internacional en apoyo a diferentes cuestiones de salud y de acceso a los servicios. Para ello usan recursos variados, incluyendo la participación en reuniones de organizaciones internacionales, movilizaciones de opinión pública y procesos continuos de escrutinio a gobiernos y ETNs, entre otros. Mientras algunas organizaciones se enfocan en problemáticas de salud específicas o asuntos sanitarios precisos –por ejemplo las ONGs en contra del consumo del tabaco y de los sustitutos de leche materna como la Nongovernmental Coalition Against Tobacco and Infant Feeding Action Coalition (INFACT)– algunas otras tienen un espectro de acción más amplio, organizaciones como Médicos Sin Fronteras (MSF) u OXFAM, por ejemplo, las cuales no sólo realizan un importante trabajo humanitario sino que jugar un rol importante en el lobby político en la esfera internacional.

Entre todas las ONGs internacionales en materia de salud, este último grupo tiene una importancia fundamental dentro del SGGs, ya que si bien sus recursos económicos no son cuantiosos en comparación con otros actores –como algunas FFIS o la Cruz Roja Internacional– su influencia es muy relevante en términos del establecimiento de la agenda de salud pública. Debido a que gran parte de sus acciones están dirigidas a movilizarse en torno a las principales problemáticas de salud, sus estrategias evidentemente tienen un impacto sobre los procesos internacionales de toma de decisión en la materia. Una característica fundamental de estas organizaciones –lo cual les atribuye

una ventaja comparativa importante— es que han tendido a desarrollar complejos procesos de vinculación entre sí, creando redes de movilización social alrededor de asuntos particulares. Aunque realizan un importante trabajo individual, su valor principal radica en la capacidad de articulación que poseen. Estas organizaciones no sólo se vinculan con ONGs en el ámbito de la salud, sino con una gran cantidad de organizaciones de la sociedad civil que apoyan diversas causas sociales alrededor del mundo, incluyendo las organizaciones en defensa de los derechos humanos, instituciones académicas, movimientos sociales, entre muchos otros.

A través de este proceso activo de generación de vínculos, paulatinamente se han ido consolidando 'redes de redes' que cuentan con innovadores canales de comunicación que les han permitido desarrollar campañas mundiales *ad hoc* en torno a diversas problemática sanitarias. Para brindar un ejemplo sobre este tipo de lobby político, vale la pena detenerse a analizar la participación que han tenido las redes de ONGs en la elaboración del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, la cual entró en vigor en el año 2005. Además de haber ejercido una gran presión para posicionar el tema del consumo de tabaco en agenda internacional de salud, durante todo el proceso de negociación del Convenio, diversas ONGs conformaron una red de organizaciones participando activamente en la creación del marco para la elaboración del documento. En 1999 la OMS estableció dos organismos para preparar el Convenio: un Grupo Técnico de Trabajo encargado de definir los elementos propuestos y un Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar el Convenio así como los posibles protocolos conexos. Los dos organismos estuvieron abiertos a la participación activa de dos redes de ONGs elegidas para mantener relaciones oficiales con los Grupos, la International Nongovernmental Coalition Against Tobacco y la Infant Feeding Action Coalition (INFACT). Posteriormente, se formó una mega alianza de más de 250 ONGs provenientes de 95 países, llamada Framework Convention Alliance, para apoyar las negociaciones, la ratificación y la implementación del Convenio. A pesar de que entró en vigor el Tratado esta Alianza decidió mantenerse activa para dar seguimiento a su implementación a nivel mundial.

Otro caso importante de análisis en torno al papel de las Alianzas de ONGs en el ámbito de la salud, es el del movimiento denominado People's Health Movement, conocido en español como el Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP). Dicho movimiento es una red global de activistas, organizaciones y movimientos sociales que tiene como misión abogar por el derecho a la salud y el acceso universal a los servicios sanitarios. Su objetivo es que la salud y el desarrollo equitativo sean prioridades centrales en la elaboración de políticas locales, nacionales e internacionales, basadas en las estrategias de Atención Primaria a la Salud (APS) (People's Health Movement, 2013).

El MSP fue fundado durante la Primera Asamblea de la Salud de los Pueblos, que tuvo lugar en Bangladesh en diciembre del año 2000. Esta Asamblea fue convocada por ocho grandes organizaciones de activistas y redes de ONGs que desarrollan su trabajo en el campo de la salud y los derechos humanos. En esa oportunidad, asistieron más de mil quinientas personas procedentes de 75 países, incluyendo trabajadores de salud, científicos, activistas, académicos, miembros de ONGs y organizaciones de base (*idem*). Para cerrar la reunión se decidió crear el MSP, el cual no es una organización en los términos tradicionales, sino una red de redes que a su vez forma parte de un movimiento global más amplio de organizaciones y grupos que trabajan en torno al ámbito de la salud (Turiano y Smith, 2008). Uno de los ejes rectores de este movimiento es la Declaración para la Salud de los Pueblos, la cual expresa las preocupaciones colectivas de sus integrantes y llama a la creación de un movimiento global por la salud (People's Health Movement, 2013). Las estructuras organizativas de MSP sirven como un canal de comunicación, coordinación e impulso de actividades dirigidas a promover el derecho a la salud basado en los principios de Alma-Ata (Turiano y Smith, 2008). Las metas centrales del MPS son:

- Promover la salud para todos a través de un movimiento equitativo, participativo e intersectorial.
- Abogar por la construcción de organismos de salud públicos para garantizar el acceso universal a la atención de salud de calidad en función de las necesidades de las personas y no de su capacidad de pago.

- Promover la participación de personas y organizaciones populares en la formulación, ejecución y evaluación de todas las políticas y programas de salud.
- Promover la salud junto con la equidad y el desarrollo sostenible, como prioridades en la formulación de políticas locales, nacionales e internacionales.
- Animar a la gente a desarrollar sus propias soluciones a los problemas de salud locales.
- Responsabilizar a las autoridades locales, los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales y las empresas para que sean responsivos a los retos que plantean las problemáticas de salud (People's Health Movement, 2013).

El MPS funciona a través de 'círculos de país', los cuales son grupos conformados a nivel nacional o local para proyectar agendas de prioridades según las necesidades de cada país en materia sanitaria. Estos Círculos constituyen redes flexibles de organizaciones locales que se unen para llevar a cabo acciones coordinadas y conjuntas en torno a temas específicos. También existen 'redes regionales' que ofrecen una plataforma de organización y abogacía para participar en procesos de gobernanza en salud de carácter regional o global. Su función es brindar apoyo y asistencia a los 'círculos de país', desarrollar canales de comunicación entre países de una misma región y dar seguimiento a las acciones de los diferentes grupos. Además de los círculos de país y las redes regionales, existen 'círculos temáticos' conformados por organizaciones que trabajan en tópicos específicos (*ídem*).

A partir del lanzamiento de la campaña The Right to Health and Health Care Campaign (RTHCC) en 2005, el MSP desarrolló novedosas herramientas para monitorear problemáticas de salud y en torno al ejercicio del derecho a la salud en múltiples niveles y contextos. A través de esta campaña global se busca implementar estrategias innovadoras a nivel local, nacional e internacional para hacer efectivo el derecho a la salud y los servicios sanitarios (Turiano y Smith, 2008). También se promovieron movilizaciones nacionales para dar seguimiento a las violaciones del derecho a la salud por parte de los gobiernos y proponer acciones para hacer efectivo su ejercicio. La campaña tuvo un gran

éxito como proceso generador de conocimiento en torno a las problemáticas de salud en diferentes contextos y las situaciones sanitarias locales.

Diversos analistas de salud pública afirman que este tipo de iniciativas promovidas por el Movimiento, influyeron de manera importante en la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS durante 2006. Asimismo, se considera que gracias a sus acciones, se ha logrado traer de vuelta el tema de la APS dentro de la agenda de las instituciones multilaterales y agencias de desarrollo internacional (ídem). Por lo tanto, es posible afirmar que su influencia dentro del SGGs tiene un peso importante, si bien no en términos de los recursos monetarios que posee, si en el aspecto de los recursos cognitivos y en su poder de movilización, lo que le ha permitido influir en la agenda de la salud pública mundial. No obstante, hay que reconocer que su poder de influencia sobre otros actores y sobre el rumbo que toma el Sistema como totalidad es limitado. Sus objetivos y acciones muchas veces se ven contrarrestados por el predominio de otros actores no-estatales, como las FFIS que sin duda tienen una incidencia más preponderante dentro del Sistema en la actualidad.

Como puede observarse, los actores no-estatales incluyen un abanico muy extenso en términos de tipo, función y objetivos que se proponen. Su atributo central –elemento que les da cierta ventaja– es que tienden a trabajar en conjunto, a nivel trasnacional rara vez se involucran en programas sin establecer alianzas u otro tipo de mecanismos de cooperación con diferentes actores. Esta dinámica ha tenido una influencia muy significativa en el SGGs, ya que actualmente gran parte de las iniciativas en salud están marcadas por esta característica, sin duda, el papel que han desarrollado en los últimos años ha tenido un impacto bastante contundente sobre el funcionamiento del Sistema como totalidad.

## **CAPÍTULO 4. LAS INTERRELACIONES ENTRE LOS ACTORES DEL SISTEMA DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD**

Cómo se ha mostrado en los capítulos precedentes, las interrelaciones entre los actores del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) son bastante ricas y fluidas. A raíz de esta interacción en las últimas décadas se han ido instituyendo un sin número de instrumentos de gobernanza a través de los cuales los actores canalizan sus intereses e impulsan sus objetivos. Por ende, para examinar las interrelaciones del Sistema es necesario analizar los mecanismos de GGS que han sido establecidos, así como las redes de financiamiento que los vinculan. El análisis de estos dos elementos no sólo permitirá esclarecer la forma en que se interrelacionan, sino que brindará una idea más coherente sobre el funcionamiento del Sistema como entidad conjunta, arrojando luz sobre las principales problemáticas que lo atraviesan. Lo anterior facilitará la elaboración de un diagnóstico más fehaciente del mismo.

### **Los mecanismos de gobernanza global en salud**

En conjunto con los actores analizados en el capítulo anterior, los mecanismos de gobernanza conforman el tejido que constituye al SGGS. Estos mecanismos pueden definirse como todas aquellas iniciativas o instrumentos que se crean para abordar asuntos relacionados con el sector salud a nivel global. Regularmente son concebidos por un grupo de actores interesados en intervenir en problemáticas sanitarias de diversa índole, ya sea a través del establecimiento de regulaciones, la creación de normatividad, la implementación de programas o el diseño de instrumentos de financiamiento, entre otros. Se pueden concebir también como vehículos que permiten a los actores impulsar sus intereses y alcanzar sus objetivos a partir de diversas estrategias.

Los mecanismos de gobernanza en salud construidos en las últimas tres décadas, han sido concebidos para cumplir con una gran variedad de objetivos, incluyendo el

combate a enfermedades, la vigilancia epidemiológica, el desarrollo de medicamentos, etcétera. Algunos son de corte preventivo, por ejemplo, los dirigidos a controlar la expansión espacial de enfermedades infecciosas o reducir el consumo del tabaco; mientras otros buscan intervenir en problemáticas sanitarias específicas, por ejemplo, los programas de dispendio de vacunas o medicamentos contra enfermedades comunes como la tuberculosis o la malaria. De igual manera, pueden dirigirse a crear normatividad a fin de regular procesos industriales y comerciales que pueden ser perjudiciales para la salud poblacional, como sería el caso del Convenio marco para el control del tabaco.

El alcance de estos mecanismos suele variar enormemente dependiendo del propósito para el que son concebidos. Mientras ciertos mecanismos de regulación y programas de salud tienen un alcance regional o se dirigen a poblaciones específicas, otros tienen un alcance prácticamente global, como los establecidos para reforzar la seguridad sanitaria a nivel mundial –por ejemplo las Reglamentaciones Internacionales de Salud, un instrumento jurídico internacional de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS–. En contraste, los programas de combate a las enfermedades tropicales están dirigidos únicamente a ciertos países que cuentan con índices de elevados de mortalidad por estas enfermedades. Otro elemento que los diferencia es el tipo de actores que intervienen en su diseño y desarrollo así como los procesos de toma de decisión que se ponen en marcha para su creación y mantenimiento.

Una característica esencial de los mecanismos de gobernanza del SGGs contemporáneo, es que, en su mayoría, cuentan con la participación de numerosos actores tanto estatales como no-estatales. A pesar de que muchos son impulsados inicialmente por un número reducido de actores –frecuentemente por organismos intergubernamentales– en ellos participan múltiples agentes públicos y privados. Por ejemplo, aunque la OMS auspicia numerosos mecanismos que tienen su sede central en las oficinas de la Organización en Ginebra, como el Roll Back Malaria Partnership o el Stop TB Partnership, en ellos participan Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs), empresas transnacionales (ETNs), agencias bilaterales de desarrollo, Organizaciones no

gubernamentales (ONGs) y otros Organismos Internacionales (OIs). Esta situación dificulta la tarea de examinar el origen de sus intereses así como los objetivos no explícitos que encierran.

En efecto, a pesar de esta participación generalizada, regularmente ciertos actores dominan los procesos de toma de decisión en su interior y no precisamente la OMS. Tal vez la mejor manera de identificar cuáles son los actores centrales detrás de cada mecanismo y cómo influyen en sus características y atributos, es analizar el origen de las fuentes de financiamiento y los tipos de mecanismos de toma de decisiones que utilizan. Tener esto presente y esforzarse por esclarecer la dinámica de las relaciones entre los actores, permite permanecer más atento a las relaciones de poder que atraviesan a todos los mecanismos sin excepción.

Igualmente, es importante tener presente que cada mecanismo se encuentra basado en ciertos objetivos y criterios particulares, expresando un conjunto de valores e ideas precisas. Aunque las líneas de acción pueden variar de mecanismo a mecanismo, bien pueden compartir un conjunto de intereses y valores subyacentes o basarse en una concepción similar sobre los procesos de salud-enfermedad y las modalidades de abordaje sobre las problemáticas sanitarias. Asimismo, aunque los objetivos centrales de ciertos mecanismos puedan ser similares, las propuestas para tratar los asuntos sanitarios pueden ser marcadamente diferentes. Por ejemplo, dos iniciativas globales pueden compartir el objetivo de combatir el VIH-SIDA, pero una encontrarse dirigida a fortalecer los sistemas nacionales de salud y promover la educación, mientras otra se concentra en la producción y repartición de antiretrovirales. Lo anterior es un factor importante a considerar al momento de analizar los mecanismos de manera individual y valorar el papel que juegan dentro del escenario general del SGGs<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Al respecto, en el Anexo de este trabajo, se presenta una matriz con una descripción general de algunos de los principales mecanismos de gobernanza global en salud, incluyendo tanto mecanismos formales como informales.



### Mecanismos informales de gobernanza global en salud

La principal característica de los mecanismos informales de gobernanza es que cuentan con la participación de múltiples actores no-estatales, son de naturaleza *ad hoc* y en términos de su diseño, autoridad y cumplimiento, no están articulados a través de un acuerdo formal entre Estados nacionales o dentro del marco jurídico de las organizaciones intergubernamentales (OIs). No obstante, la participación de los Estados y de las OIs en su creación y mantenimiento es con frecuencia muy significativa, como se expondrá en los siguientes apartados, la mayor parte de su financiamiento proviene de gobiernos de países desarrollados. Asimismo, muchos están auspiciados directamente por alguna o varias OIs por lo que cuentan con oficinas al interior de las Organizaciones. Dentro del SGGs, los mecanismos informales de gobernanza más populares en la actualidad son las Alianzas Público-Privadas (APPS). Hoy día, la mayoría de los recursos que se destinan globalmente para abordar las problemáticas de salud, se canalizan a través de este tipo de instrumentos, cuya función principal es conjuntar los esfuerzos de múltiples actores.

Las APPS en general se han convertido, sobre todo en la última década, en vehículos centrales del desarrollo internacional y en los instrumentos por excelencia de la gobernanza global en salud. Su popularidad entre los principales agentes de desarrollo – Banco Mundial (BM), Organismos de Naciones Unidas, agencias de bilaterales, fundaciones privadas, etcétera– ha impulsado su rápida proliferación. Si bien en un principio se trataba de alianzas entre unos cuantos actores, dirigidas sobre objetivos muy específicos, en los últimos diez años su complejidad y alcance se ha incrementado enormemente. Por ejemplo, la principal alianza en materia de salud a nivel global, el Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el Sida (FMSTM), cuenta con la participación de más de quinientos actores y financia más de mil programas en ciento cincuenta países. Por su parte, el Roll Back Malaria Partnership está compuesto por más de cuatrocientos socios, entre los que se incluyen países endémicos de malaria, agencias de desarrollo bilateral y multilateral, empresas del sector privado, ONGs, organizaciones comunitarias, FFIS e instituciones académicas y de investigación.

Según la ONU, las APPS son relaciones voluntarias de colaboración entre diferentes partes, estatales y no-estatales, que trabajan de manera conjunta para lograr un propósito común o emprender una tarea específica, así como para compartir riesgos, responsabilidades, recursos, habilidades y beneficios (UN, 2003). Para la OMS, las APPS incluyen una amplia variedad de arreglos institucionales que varían con respecto a los participantes, la situación jurídica, la gestión, los aportes y los modos de operación (OMS, 2013). En el área de la salud pública, la definición más comúnmente utilizada es la conceptualizada por Buse y Walt (2000), quienes plantean que las APPS globales en el área de la salud son `relaciones de colaboración que trasciende las fronteras nacionales y que reúne al menos tres actores, entre ellos una empresa y una organización intergubernamental, para perseguir un objetivo de salud sobre la base de una división de trabajo de mutuo acuerdo´ (Buse y Walt, 2000).

En el SGGs, a estas alianzas también se les conoce como Global Health Initiatives (GHI) o Global Health Partnerships. Aunque no existe una definición de común acuerdo, frecuentemente son descritas como modelos estándares para la financiación y ejecución de programas de control de enfermedades en diferentes países y regiones del mundo, pueden ser parte de un acuerdo multilateral o de un programa bilateral y conllevan la participación de múltiples actores (Cruz y McPake, 2011). Por ejemplo, una de las primeras APPS, Global Polio Eradication Initiative, fue creada en 1988 a partir de un acuerdo entre dos organizaciones intergubernamentales –la OMS y el UNICEF– una fundación internacional –Rotary International– y una organismo estatal –Center for Disease Control and Prevention (CDC) de EE.UU.–.

En 2009 se encontraban en actividad más de cien APPS en materia de salud a nivel global (OMS, 2009). Algunas de estas alianzas podrían describirse más exactamente como programas del sector público internacional que cuentan con la participación del sector privado. Dentro de esta categoría se incluyen los programas como Roll Back Malaria, Safe Injection Global Network y Stop TB, los cuales tienen su secretaría en la OMS, o la Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) cuya secretaría se encuentra en el UNICEF.

Otras APPS son legalmente independientes y no están asociadas con ninguna organización internacional. Otras por su parte, aunque persiguen un interés público y en ellas participan actores públicos y privados, funcionan como entidades del sector privado, a esta categoría pertenece el GFATM (OMS, 2013).

Si bien la mayoría de las APPS están dirigidas a canalizar recursos médicos o brindar apoyo técnico y financiero hacia el sector sanitario, sus objetivos varían enormemente. Algunas se enfocan en el desarrollo de nuevos productos o en la donación de medicamentos, mientras otras prefieren centrarse en el entrenamiento de profesionales de la salud, campañas educativas o en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Estos mecanismos pueden funcionar únicamente como organismos de financiación y aliarse con terceros para la implementación de los programas, o pueden tener también competencias para la ejecución de proyectos en campo. Casi la totalidad de iniciativas cuentan con la participación de una gran variedad de actores no estatales, incluyendo organizaciones de la sociedad civil y entidades del sector privado (Buse y Walt, 2011). Esta tendencia ha diversificado la gama de agentes involucrados en el sector de la salud, principalmente en los países en desarrollo en donde no existen sistemas sanitarios públicos de gran envergadura.

La lógica de funcionamiento de la mayoría de APPS se basa en los principios del mundo empresarial, lo que se traduce en abordar de manera efectiva, rápida y a bajo costo las problemáticas de salud en las que se interesan. En general, promueven programas basados en evidencia que proporcionen resultados cuantificables en el corto plazo. Mantienen sistemas de gestión flexibles y funcionan con poco personal, evitando la burocracia excesiva que caracteriza a las organizaciones internacionales. Este mecanismo se caracteriza por una importante preocupación por mantener una imagen pública positiva, por lo que tratan de tener altos estándares de transparencia, publicando sus informes de resultados y publicitando sus iniciativas a través de los medios de comunicación masiva.

El surgimiento y la rápida multiplicación de las APPS en salud no responden a una única causa sino que puede atribuirse a una serie de dinámicas complejas que marcaron la década de los noventa (Buse y Walt, 2011). Por un lado, la tendencia a la privatización de los sistemas sanitarios públicos en los países en desarrollo genera importantes vacíos en términos de la prestación de servicios de salud. En ciertas regiones del mundo estos vacíos derivaron en un complicado panorama sanitario marcado por el aumento creciente de los índices de mortalidad por enfermedades infecciosas tratables. Ello llevó a la búsqueda de soluciones inmediatas para aliviar la crisis de salud pública en la que sucumbían algunas naciones. No obstante, las principales agencias de desarrollo internacional, dentro y fuera del sistema de Naciones Unidas, eran fuertemente criticadas por su ineffectividad y costosa burocracia. Como consecuencia, se comienzan a promover nuevos modelos de intervención social que contaron con el input económico y administrativo del sector privado. Surge así una gran diversidad de programas globales de salud, clasificados dentro de la categoría de APPS, los cuales se basan en los principios del bajo costo y la eficiencia, buscando alejarse de la enmarañada burocracia internacional (*ídem*).

Por otra parte, a raíz del congelamiento del presupuesto ordinario de la OMS y otras agencias de la ONU, los fondos provenientes del sector privado cobraron un interés fundamental para estas organizaciones. En este escenario, pronto las APPS se convirtieron en el medio para acceder a presupuestos extraordinarios que permitieran mantener su participación en el escenario de la gobernanza global. Igualmente, se consideraba que los problemas de salud emergentes, como la expansión de la epidemia de VIH-SIDA en diversas regiones del mundo, requerían la participación de múltiples actores para su óptimo abordaje. Se suponía que este tipo de problemáticas sobrepasaban la capacidad tanto de los actores estatales como no-estatales, por lo tanto las APPS fueron vistas como los puentes intersectoriales necesarios para crear sinergias entre las partes interesadas (Buse y Walt, 2011). Asimismo, el creciente reconocimiento de los determinantes multifactoriales de la salud dieron pie a la idea de que la agenda de la gobernanza global en salud era de tal amplitud que ningún sector u organización podía hacer frente por sí solo a las problemáticas que presenta (*ídem*). En este contexto, se populariza la idea de

que las deficiencias y vacíos del sector público podían ser llenados a través de las capacidades y atributos del sector privado.

Por último, a medida que la influencia y el poderío económico de las ETNs se acrecienta, también crece su interés por participar en los círculos de la política y de las regulaciones internacionales. En el campo de la salud, a las ETNs les interesa particularmente influenciar en las decisiones intergubernamentales en torno a los derechos de propiedad intelectual. El Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad (ADPIC) –el cual ha aumentado los costos y, en consecuencia, limitado el acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo– ha generado grandes controversias por sus efectos negativos sobre la salud pública. Ciertos países, como Brasil, han optado por acogerse a las Licencias Obligatorias –licencias aplicables a las patentes cuando un gobierno utiliza los derechos de un producto o proceso patentado sin permiso del titular de la patente– para proteger la salud de sus habitantes. Las APPS basadas en los programas de donación de medicamentos esenciales para los países en desarrollo, son impulsadas por la industria farmacéutica como alternativas a las Licencias Obligatorias. Por ejemplo, la alianza de la Bristol-Myers Squibb con el ONUSIDA y otros actores en el sur de África, han formado ‘Bridging the Gap’, señalada como una forma de abordar el problema de los antiretrovirales en la región, sin que los países hagan uso de las Licencias Obligatorias para producir sus propios medicamentos (*ídem*).

Debido a que las APPS son entidades complejas por naturaleza y poco sencillas de describir sin profundizar en sus particularidades, vale la pena llevar a cabo un análisis más detallado sobre la principal y más importante APP para el SGGs en la actualidad: el Fondo Mundial de la Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el SIDA, mejor conocido como Fondo Mundial.

### *El Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria*

El Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM) es un mecanismo de gobernanza conformado como una APP de incidencia global que facilita la recaudación y el desembolso de fondos para llevar a cabo programas de prevención, tratamiento y atención de VIH-SIDA, tuberculosis y malaria. En él participan una gran diversidad de actores, los cuales, a través de su interacción, dan vida a una extensa red de financiamiento e implementación de programas dirigidos a mitigar estas tres enfermedades. En la actualidad, es la fuente más importante de recursos externos para estas áreas de la salud en los países en desarrollo. A mediados de 2012, el Fondo Mundial aprobó la financiación de 22,9 mil millones de dólares para ejecutar más de mil programas en más de 140 países alrededor del mundo (The Global Fund, 2013).

La génesis del FMSTM inicia a finales de los años noventa, momento en que las problemáticas sanitarias fueron situadas en el centro de la agenda del desarrollo internacional a raíz de la expansión de la epidemia del VIH-SIDA en África, el aumento en los índices de mortalidad por enfermedades infecciosas tratables y por los preocupantes retrocesos en materia de salud pública en un gran número de países. Durante este período, en diversas cumbres multilaterales los asuntos de salud global cobraron una relevancia sin precedentes, situándose rápidamente entre los principales tópicos a tratar por los Estados y las OIS. En la reunión del G8 del año 2000 en Okinawa, los temas del VIH-SIDA, la tuberculosis y la malaria, fueron uno de los cuatro puntos cardinales a discutir. Por ello mismo, en el marco de este encuentro se inician las primeras negociaciones dirigidas a la creación de un Fondo Mundial con miras a reducir, para 2010, el número de jóvenes infectados por el VIH-SIDA en un 25%, la mortalidad y prevalencia de la tuberculosis en un 50% y la carga de enfermedad asociada a la malaria en un 50%.

Poco tiempo después, el período extraordinario de sesiones sobre el VIH-SIDA de la Asamblea General de las Naciones Unidas, celebrado en junio de 2001, concluyó con el compromiso de crear un mecanismo encaminado a recaudar recursos a nivel global para

tratar las enfermedades infecciosas más urgentes. Semanas más tarde, al concluir la reunión de la cumbre del G8 de Génova, se aprueba de manera oficial la creación del Fondo Mundial (Italian Global Health Watch, 2008: 41); posteriormente, se inicia el proceso de flujo de recursos para su consolidación. La particularidad de este proceso radica en que las contribuciones provenían no sólo de gobiernos, agencias de desarrollo y OIS, sino de empresas, fundaciones privadas e individuos.

Entre los aportes más significativos en este primer momento se encuentran: EE. UU., Gran Bretaña y Japón con 200 millones de dólares cada uno; Francia 127 millones; Fundación Gates 100 millones; Alemania 131 millones, y; la Comisión Europea 120 millones. Para enero de 2002 –período en el que el FMSTM entró oficialmente en operaciones– la cartera de donaciones sumaba un total de 1.9 mil millones dólares, tres meses después, la Junta Directiva aprobó la primera ronda de subvenciones para 36 países (The Global Fund, 2013). Para 2006, sólo cuatro años después de su creación oficial, el FMSTM había firmado acuerdos y compromisos de financiación por un total de 5,3 mil millones de dólares, para 410 proyectos en 132 países.

El FMSTM está conformado por una Secretaría central, por Mecanismos de Coordinación en cada país y por Agentes Locales. La Secretaría central, cuya sede se encuentra en Ginebra, es la responsable de recaudar y desembolsar los fondos, establecer las políticas operativas y directrices de la organización así como de apuntar los criterios de elección de los programas, entre otros. Cuenta con un Consejo de administración integrado por 24 miembros, de los cuales 20 tienen derecho a voto, incluyendo: siete representantes de los países en desarrollo –uno por cada una de las seis regiones de la OMS y un representante adicional de África–; ocho representantes de los países donantes; tres delegados de la sociedad civil; un representante del sector privado y un delegado de la Fundación Gates. Los cuatro miembros sin derecho a voto representan a la ONUSIDA, la OMS, el Banco Mundial y a un ciudadano suizo para garantizar el estatuto legal de la entidad. Los tres representantes de la sociedad civil incluyen: un representante de una ONG de un país en desarrollo, uno de una ONG de un país desarrollado y una persona que

representa a las comunidades afectadas por las enfermedades. Por su parte, la Secretaria está integrada por tres comisiones que desempeñan funciones de toma de decisiones, asesoría y supervisión en áreas específicas: la Comisión de Estrategias, Inversiones e Impacto, la Comisión de Finanzas y Desempeño Operacional y la Comisión de Auditoría y Ética.

Desde la Secretaria central del FMSTM se canalizan recursos hacia los Mecanismos de coordinación de país, las entidades encargadas de la coordinación a nivel nacional. Su funciones incluyen el coordinar la elaboración y presentación de propuestas nacionales, supervisar la aplicación de las subvenciones aprobadas y presentar solicitudes de financiamiento. Se encuentran conformados por representantes de los sectores públicos y privados, incluyendo entidades gubernamentales, organismos multilaterales y bilaterales, ONGs, instituciones académicas, empresas privadas y personas que viven con las distintas enfermedades (The Global Fund, 2013). Otros actores a nivel nacional son los Agentes locales, quienes se encargan de supervisar, verificar e informar sobre los resultados de las subvenciones otorgadas directamente a la Secretaria central. Los principales Agentes locales son empresas incluyendo, por ejemplo, a PricewaterhouseCoopers, KPMG, Emerging Markets Group y el Instituto Tropical Suizo (Garret y Alavian, 2010: 12).

En 2001, las contribuciones al Fondo sumaron un total de 24 mil millones de dólares (Rivers, 2012: 7). Entre los donantes del Fondo se encuentran Estados, FFIS, ONGs, empresas e individuos. No obstante, casi la totalidad del financiamiento proviene de los gobiernos de los países desarrollados. Los quince principales donantes para el período 2011-2013 fueron EE. UU., Francia, Reino Unido, Alemania, Japón, Canadá, la Fundación Gates, la Comisión Europea, Suecia, Noruega, Australia, Países Bajos, Dinamarca, Rusia y Bélgica. En la Tabla D1 se pueden observar las cantidades y porcentajes de las contribuciones por cada grupo de donantes para el último ciclo de financiamiento. Es importante resaltar que a pesar de que el Fondo Mundial recibe contribución del sector privado, no acepta donaciones en especie o contribuciones dirigidas a fines específicos, es



decir, sólo acepta fondos incondicionales, a diferencia de la mayoría de OIS en la actualidad, incluyendo a la OMS (Sridhar y Tamashiro, 2009: 7).

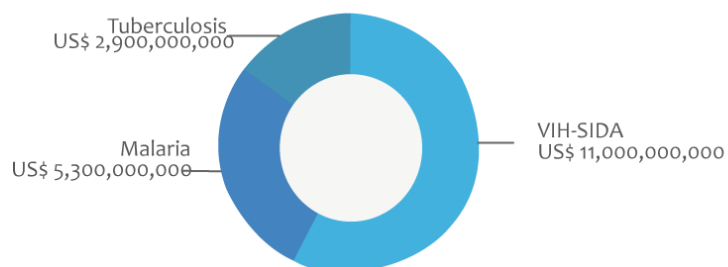
Donante	Contribuciones en millones de dólares desde 2011
Estados Unidos	1,333
Francia	477
Reino Unido	140
Alemania	340
Japón	263
Canadá	200
Fundación Bill y Melinda Gates	179
Comision Europea	150
Suecia	99
Noruega	76
Australia	72
Países Bajos	63
Dinamarca	27
Rusia	20
Belgica	18

Tabla D1

Fuente: Elaboración propia a partir de Rivers, 2012

Para fines de 2012, como se observa en el Gráfico D2, el Fondo mundial había canalizado –a través de 12 ciclos de financiamiento– 11 mil millones de dólares para programas de VIH-SIDA, 2,900 millones de dólares para programas de tuberculosis y 5,300 millones para programas de malaria. Del total de los recursos 4,800 millones se canalizaron a África del este, 2,900 millones a África de sur, 2,900 millones a África occidental y central, 2,700 millones a Asia central y el pacífico, 1,600 millones a Asia del sur, 1,300 millones a América latina y el Caribe, 1,600 millones a Europa del este y Asia central y 1,200 millones al Medio oriente y el norte de África. Como se puede apreciar, a pesar de tener un impacto global, más de la mitad de los fondos de las subvenciones han sido adjudicados al África subsahariana, debido a que es la región más afectada por las tres enfermedades (Sridhar y Tamashiro, 2009: 17).

**RECURSOS GASTADOS POR ENFERMEDAD HASTA FINALES DE 2012**



**RECURSOS GASTADOS POR REGIÓN HASTA FINALES DE 2012**

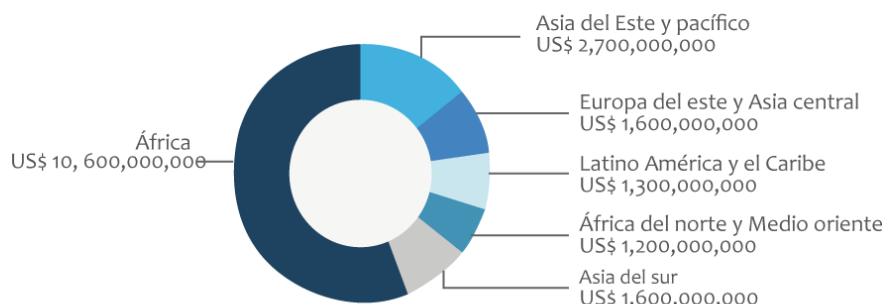


Gráfico D2

Fuente: Elaboración propia a partir de Global Fund, 2012b

Si se desglosan los gastos por categorías de costos para las tres enfermedades, se puede obtener una idea del tipo de programas que se privilegian. Por ejemplo, para la etapa de 2008, se revela que el 21% se gastó en medicamentos y productos farmacéuticos; 18% en otros productos de salud y equipos; 13% en recursos humanos, incluyendo salarios y costos de contratación; 12% en la gestión de los programas, planificación y administración, gastos generales, asistencia técnica y gestión de adquisiciones y suministros; 11% en la capacitación de los profesionales de la salud, talleres, reuniones, formación, publicaciones y viajes relacionados; 10% en mejoramiento de la infraestructura sanitaria, y; 4% en asuntos de monitoreo y evaluación. Para este período casi la mitad del presupuesto total se dirigió a la compra de productos, incluyendo medicamentos, equipos, etcétera; mientras únicamente el 11% fue dirigido al área de la capacitación de recursos humanos y el 10% a mejorar la infraestructura sanitaria.

En cuanto al uso de los recursos para efectos de la implementación de los programas para el mismo período: 37% fueron gestionados por las Secretarías de salud

nacionales; 35% por ONGs, organizaciones comunitarias e instituciones académicas; 14% por otras instituciones gubernamentales; 8% por el PNUD; 5% por otras organizaciones multilaterales, y; 1% por el sector privado. Es decir, casi la mitad de los recursos fueron gestionados por actores públicos y una tercera parte por instituciones de la sociedad civil, incluyendo al sector académico. También cabe resaltar el importante papel que ha jugado el PNUD como agente implementador de los programas. Entre otros agentes de implementación multilaterales se encuentra la ONUSIDA, la OMS y el UNICEF.

Según el FMSTM, para fines de 2012, gracias a sus programas, 3.6 millones de personas estaban recibiendo tratamiento con anti-retrovirales para el VIH-SIDA; 9.3 millones de casos de tuberculosis habían sido detectados y puestos en tratamiento, y; 270 millones de Mosquitero tratados con insecticida (MTIS)<sup>8</sup> habían sido distribuidos en zonas en riesgo de malaria. Mediante estas intervenciones, el Fondo estima haber salvado un aproximado de 8.7 millones de vidas alrededor del mundo (Global Fund, 2012b: 6).

Algunos de los principales resultados alcanzados a través de los programas del Fondo, según los últimos reportes, son:

- a mediados de 2012, 3.6 millones de personas estaban recibiendo tratamiento antirretroviral y 1,5 millones de mujeres embarazadas portadoras de VIH habían recibido profilaxis antirretroviral (Global Fund 2012b: 15).
- desde 2002, se han puesto en marcha más de 27 millones de actividades comunitarias de prevención de VIH-SIDA dirigidas a poblaciones de mayor riesgo (*idem*).
- hasta el 2012 se han detectado y tratado 9,3 millones de nuevos casos de tuberculosis pulmonar frotis positivo y 64,000 casos de tuberculosis resistente a antibióticos (*ibíd.*: 19).
- de 2002 a 2012 se repartieron 270 millones redes de MTIS y se trataron 260 millones de casos de malaria (*ibíd.*: 22).

---

<sup>8</sup> Los MTIS, más conocidos como Insecticide-treated bed nets (ITNs), son la principal estrategia dirigida a la prevención de la Malaria. Son una red impregnada con insecticida que se cuelgan dese los techos para cubrir las camas.

En el Gráfico D3 es posible observar lo que estos aportes representan frente a la carga de morbilidad global de las enfermedades.

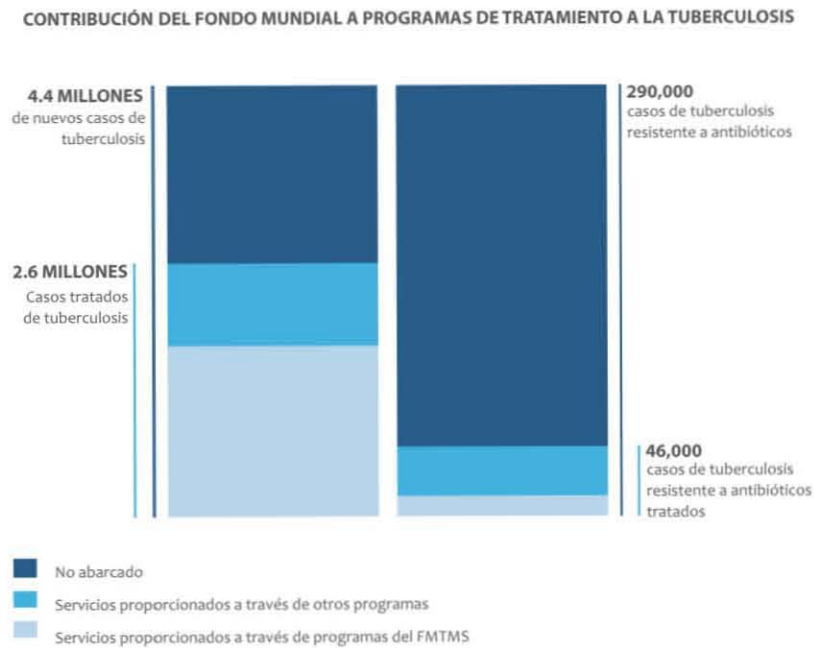
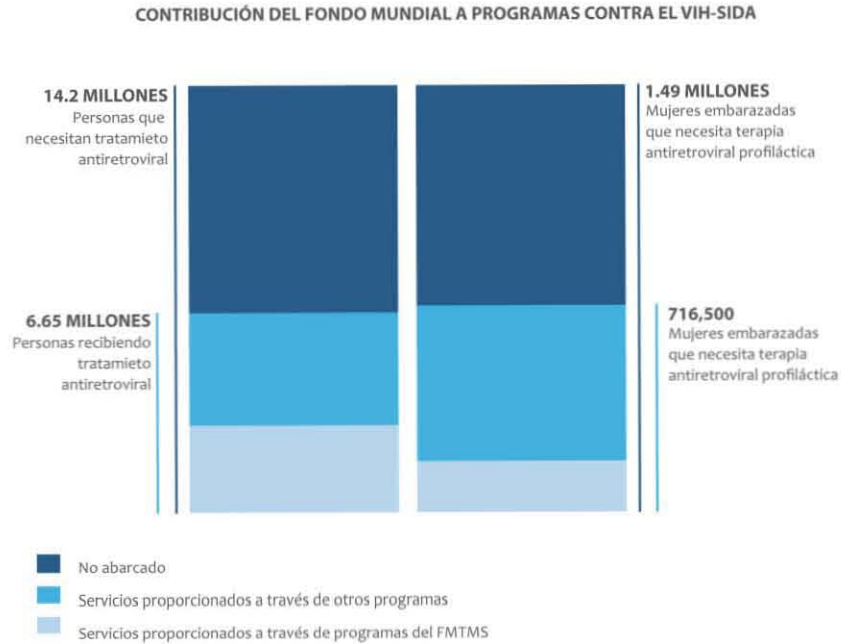


Gráfico D3  
Fuente: Global Fund, 2012a

Como se observa en el Gráfico D3, no cabe duda que el alcance de los programas del Fondo Mundial ha sido muy significativos epidemiológicamente hablando. Sin embargo, a pesar de lo positivo de estos resultados, no han estado exentos de problemáticas. El tema de la financiación privilegiada a este número reducido de enfermedades a costa del debilitamiento de los sistemas de salud en general, ha provocado fuertes debates dentro de la comunidad internacional de salud pública. En este contexto, las posiciones y propuestas varían de país a país (Global Health Watch, 2006: 271), en ciertos países en donde existen sistemas de salud relativamente bien estructurados, eficientes y con suficientes recursos humanos, los programas del Fondo probablemente han tenido en general un impacto positivo. No obstante, cierto número de países que han recibido grandes cantidades de recursos, sin contar con la capacidad de administrar e implementar de forma coherente los programas, han visto afectado sus precarios sistemas sanitarios de diversas maneras.

El principal problema se relaciona con que estos programas han drenado recursos humanos necesarios para la prevención y el tratamiento de otras enfermedades comunes, como la diarrea y las infecciones del tracto respiratorio superior, las cuales muestran índices de mortalidad aún más elevados (Italian Global Health Watch, 2008). La contratación de profesionales de la salud para trabajar en los programas del Fondo, ha desprovisto a los sistemas de salud pública del personal necesario para cubrir un funcionamiento mínimo. Los altos salarios que ofrecen, comparativamente hablando, han generado un flujo masivo de médicos y enfermeros desde los hospitales y centros de salud del sector público hacia proyectos financiados por el Fondo. Ello, sin lugar a duda, ha tenido una incidencia importante en otros servicios esenciales de salud que no son parte de las enfermedades de interés del Fondo Mundial. Por ejemplo, se estima que en la región africana, a pesar de los cuantiosos recursos que se han destinado al sector sanitario, algunos índices básicos de salud, como la mortalidad materno-infantil, han ido en aumento constante (*idem*).

Asimismo, el enfocar los esfuerzos nacionales sobre únicamente tres enfermedades ha generado que otras prioridades de salud, tal vez de mayor importancia a nivel local, se vean relegadas (Global Health Watch, 2006). En diversos países se ha visto distorsionada y debilitada la agenda de salud al largo plazo, debido al afán de los funcionarios públicos del sector salud por acceder a los recursos. Igualmente, las deficiencias de los sistemas de salud en un gran número de países, están limitando la ampliación de los programas de malaria, tuberculosis y VIH-SIDA, ya que la atención a los enfermos no sólo requiere de medicamentos, sino de una extensa red de infraestructura y profesionales que no existe (Italian Global Health Watch, 2008). Las dificultades de tener que elegir entre las tres enfermedades prioritarias o los sistemas de salud en su conjunto, o entre las demandas urgentes de corto plazo o las necesidades de desarrollo a largo plazo, continúa siendo una causa de polémica entre la comunidad internacional de salud pública (Global Health Watch, 2006: 271).

Otro debate importante gira en torno a las problemáticas de centrarse en la entrega de medicamentos y productos médicos para abordar tres enfermedades, en lugar de incrementar los esfuerzos dirigidos al fortalecimiento de los sistemas de salud en general<sup>9</sup>. No cabe duda que a largo plazo, la mejor manera de abordar las problemáticas de salud integralmente, es contar con sistemas sanitarios sólidos y de amplio alcance independientes de los flujos de ayuda externa. Por lo tanto, una preocupación fundamental –tal vez la más relevante en el contexto actual– es la sostenibilidad de estos programas, ya que no existe garantía de que los fondos de los donantes van a seguir fluyendo de manera indefinida.

Los compromisos de aportar fondos esta generalmente sujeto a la disponibilidad de los donantes, sin tomar en consideración el compromiso social de largo plazo de los gobiernos receptores de ayuda para proveer servicios integrales de salud pública a la población. De forma que los avances logrados en ciertas áreas, como la entrega de anti-retrovirales para los enfermos de VIH-SIDA o de medicamentos para la tuberculosis, pueden

---

<sup>9</sup> Comunmente referida como estrategias de *health systems strengthening* (HSS)

sufrir un retroceso si no existen mecanismos nacionales que aseguren la continuación del suministro. Dicha preocupación ha cobrado particular relevancia desde la crisis económica de 2009, cuando los niveles de financiamiento comenzaron a disminuir significativamente debido a problemas de restricción fiscal en los países donantes. En los últimos años se han observado reducciones de este tipo en el nivel de compromiso en países como Italia, Francia, España e Irlanda.

Otro tema que con frecuencia ha salido a relucir entre los críticos del Fondo Mundial, guarda relación con las enormes ganancias que este mecanismo ha generado a las empresas farmacéuticas de los países desarrollados. La mayoría de los medicamentos que el Fondo suministra, incluyendo los antiretrovirales para el VIH-SIDA, son medicamentos de patente, por lo que la retribución, a pesar de ciertas concesiones en los precios, ha sido altamente generosa para estas empresas. Además, el Fondo es un vigoroso defensor de los derechos de propiedad intelectual (IP) y se abstiene de participar en los debates internacionales sobre la importancia de otorgar licencias para la producción de medicamentos genéricos a ciertos países fuertemente afectados por las enfermedades. Ciertamente, si los recursos del Fondo se utilizarán para repartir medicamentos genéricos, las cifras de beneficiarios se elevarían enormemente.

En suma, el impacto de los programas del Fondo Mundial sobre el sector sanitario de los países en desarrollo se relaciona con cinco temas interconectados:

- la administración y gestión coordinada, apropiada, planificada y dirigida por el país en el sector salud;
- la actual balcanización de los sistemas de salud, ordenándolos por proyectos y programas inconexos y verticales;
- la reducción de las desigualdades entre las poblaciones urbanas y rurales, entre ricos y pobres así como entre las enfermedades privilegiadas y no privilegiadas;
- la concentración excesiva e indebida de tecnologías y productos médicos patentados, en detrimento de un abordaje integral y justo de los determinantes sociales de la salud (*ibíd.*: 273).

### Mecanismos formales de gobernanza global en salud

Frecuentemente son clasificados como mecanismos formales de gobernanza aquellos que se centran en los Estados nacionales en términos de autoridad y cumplimiento. Casi siempre están amparados por una organización intergubernamental y pueden ser jurídicamente vinculantes o de adhesión voluntaria. Entre ellos se incluyen Convenios internacionales, como el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco; los Reglamentos, como el Reglamento Sanitario Internacional; las Resoluciones, como la Resolución de la OMS para el intercambio de muestras del virus H5N1; los Códigos, como el Código Internacional sobre la Comercialización de Sustitutos de la Leche Materna, y; las Normas y Estándares, como las Normas internacionales en materia de inocuidad de los alimentos o en materia de agua, saneamiento e higiene (Heymann, 2010: 195).

A pesar de ser instrumentos de gobernanza, casi siempre encuadrados dentro de los marcos jurídicos de las OIS –es decir, negociados básicamente entre actores Estatales– frecuentemente cuentan con la participación de actores no-estatales, ya sea en términos de cabildeo para su creación y negociación o en relación con la vigilancia de su cumplimiento. Un ejemplo relevante al respecto es el proceso para el establecimiento del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), el cual, como se ha expuesto, estuvo muy influenciado por las ONGs. Antes de que iniciara el proceso, el Director General de la OMS organizó audiencias en las que participaron diversos actores no-estatales interesados en el Convenio Marco, incluyendo la comunidad de la salud pública, la industria tabacalera, grupos de agricultores de tabaco, ONGs, etcétera (Lee, 2010: 9). La International Nongovernmental Coalition Against Tobacco and Infant Feeding Action Coalition (INFACT) fue invitada a participar de manera oficial en las negociaciones (*idem*).

De igual forma, en el marco de las reuniones de la Tobacco Free Initiative (TFI) de la OMS, se llevaron a cabo pre-negociaciones consultivas regionales a las que asistieron diversas ONGs. También se formó la Framework Convention Alliance (FCA), una alianza



entre más de 250 organizaciones de la sociedad civil de 90 países, creada para apoyar la negociación, ratificación y aplicación del Convenio Marco (*ibíd.*: 10) Finalmente, una vez creado el acuerdo, la FCA continua jugando un papel muy activo en el proceso de firma y ratificación del tratado por parte de los Estados miembros. En este aspecto también tuvieron un papel muy importante las investigaciones realizadas por varias ONGs y Fundaciones –incluyendo Tobacco Free Kids, Cancer Research UK and Bloomberg Family Foundation– las cuales brindaron evidencia sobre la importancia de controlar la oferta y la demanda de tabaco (*ibíd.*: 11).

Actualmente, el principal mecanismo formal del SGGs es el Reglamento Sanitario Internacional. Dada su importancia y alcance, en el próximo apartado se profundizará en este instrumento, con ánimo de brindar un ejemplo más detallado del funcionamiento y las problemáticas a las que sucumben los mecanismos formales de gobernanza.

### *Reglamento Sanitario Internacional*

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS. Su finalidad `es prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales´ (OMS, 2005: 11). El objetivo central de la normativa expresada en el RSI se articula en el mandato legal que obliga a los Estados a cumplir con una capacidad básica mínima para la detección, evaluación, notificación y respuesta hacia posibles Emergencias de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPIIs) (Katz y Fischer, 2010: 2). Este mecanismo busca proporcionar un marco de actuación para OMS y los Estados miembros de manera que facilite compartir información sobre los riesgos relacionados con la salud de una manera más transparente y organizada (Chu *et al.*, 2010).

El RSI anterior fue establecido en 1969, tras una larga historia de medidas de salud pública destinadas a controlar la propagación de enfermedades infecciosas a través de las fronteras. Su función central era prevenir la propagación de enfermedades específicas, incluyendo la peste, el cólera, la fiebre amarilla y la viruela. Este Reglamento y las directrices complementarias de saneamiento para puertos y aeropuertos, buscaban impedir la propagación internacional de estas cuatro enfermedades infecciosas interfiriendo al mínimo posible con el tránsito y el comercio global (Heymann, 2010). Si bien a través del RSI se promovían diversas actividades epidemiológicas, la única obligación de los Estados consistía en informar acerca de brotes epidémicos que acontecieran en sus territorios y mantener en los puertos y fronteras un estándar mínimo de capacidades de salud pública (Katz y Fischer, 2010: 2)

En la década de los noventa, los expertos comenzaron a reportar una nueva enfermedad infecciosa de importancia para la salud pública internacional cada año (Fischer *et al.*, 2011: 9). Había consenso entre la comunidad de salud pública a nivel mundial, que el RSI de 1969 no contaba con los instrumentos necesarios para dar respuesta a infecciones emergentes, como el virus de Ébola, o para las infecciones re-emergentes como el dengue que se extendió a nuevas poblaciones de una forma más virulenta (*ídem*). Además de lo anterior, era bien reconocido que el incremento sin precedentes de los viajes y el comercio internacional, facilitaba la propagación aún más acelerada de enfermedades. De manera evidente, la herramienta disponible para dirigir las respuestas internacionales a los brotes transfronterizos era claramente insuficiente, tanto en términos de vigilancia como de respuesta a posibles amenazas (Katz y Fischer, 2010: 2).

A raíz de lo anterior y teniendo en cuenta que los avances en las tecnologías de la información y la comunicación podrían ser empleados para detectar y responder a las emergencias epidemiológicas, se resuelve en la Asamblea Mundial de la Salud de 1995, llevar a cabo una revisión general del RSI, a fin de crear un instrumento mejor diseñado para las circunstancias del momento. Sin embargo, los años transcurrieron y no hubo mayores avances al respecto (*ídem*). No fue hasta la aparición del virus del SARS en 2003

que el clima político cambió. La experiencia de tratar de obtener información sobre un brote epidémico de una enfermedad emergente y coordinar una respuesta mundial para contenerlo y mitigar su propagación sin ninguna herramienta disponible, impulsó la creación de un instrumento internacional que permitiera actuar de manera más coherente en la próxima emergencia de salud pública mundial que se presentará (*ídem*).

Por ello, en la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 2003, la OMS aprobó una resolución mediante la cual los Estados Miembros podrían recibir y utilizar la información proveniente de fuentes distintas a los Estados así como notificar de una gama más amplia de enfermedades infecciosas con potencial de propagación internacional y no únicamente fiebre amarilla, cólera y peste (Heymann, 2010: 185). Dos años después, tras la formación de grupos de trabajo intergubernamentales y de un extenso proceso de negociación, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Reglamento Sanitario Internacional revisado, conocido como RSI-2005 (Katz y Fischer, 2010: 2).

El RSI de 2005 hace hincapié en la importancia de las comunicaciones globales y en la cooperación entre múltiples actores para la detección temprana y la mitigación de potenciales ESPII (Katz y Fischer, 2010: 2). Insta a la creación de un conjunto de mecanismos e instrumentos dirigidos a prevenir y controlar las ESPII cualquiera que sea su origen o procedencia, lo que incluye la expansión espacial de enfermedades infecciosas transmisibles y la liberación intencional o accidental de agentes biológicos, químicos o sustancias radiológicas (Tomori, 2010). Se articula alrededor de cuatro objetivos principales, los cuales incluyen: i) fortalecer las capacidades nacionales básicas para la vigilancia y el control de amenazas a la salud pública, tomando en cuenta la vigilancia en los puestos fronterizos; ii) asegurar que los Estados reporten posibles ESPII; iii) promover una colaboración proactiva y global para la evaluación y gestión de riesgos, y; iv) aplicación del Sistema de gestión de eventos epidemiológicos (Heymann, 2010).

A través del RSI se establecen las funciones que deben cumplir los distintos actores que participan en el proceso de control y respuesta a las posibles ESPII. Los Estados tienen la obligación de notificar a las oficinas regionales de la OMS veinticuatro horas después de

una evaluación nacional que identifique cualquier evento que pueda constituir una amenaza, al respecto la comunicación entre la OMS y los Estados se realiza a través del Centro Nacional de Enlace que debe establecer cada país. Existen tres situaciones en las que los países deben reportar un evento epidemiológico: algún caso de SARS, viruela, gripe pandémica o polio así como cualquier enfermedad con alto potencial de transmisibilidad que pueda convertirse en una amenaza grave para la salud; alguna enfermedad conocida que se esté propagando fuera de su zona endémica natural y que pueda conducir a una ESPH, y; cualquier evento de salud pública de graves consecuencias para una comunidad, con potencial de propagarse más allá de su origen, por ejemplo, casos de contaminación por productos alimenticios (Chu *et al.*, 2010: 198)

Por su parte, la OMS examina la información epidemiológica necesaria para el análisis y gestión de riesgo mediante el Sistema de gestión de eventos epidemiológicos, a través del cual se maneja la información sobre los brotes y se garantiza la precisión y congruencia de las comunicaciones entre los expertos de salud pública internacional, es decir entre las oficinas regionales de la OMS, los Centros de Enlace de los países, los centros colaboradores y todas las organizaciones asociadas a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos (Heymann, 2010). Para su cabal funcionamiento, el Sistema se nutre de una gran variedad de fuentes de información, tanto formales como informales (Chu *et al.*, 2010: 200). A partir de la notificación, la OMS coordina las comunicaciones y acciones entre los Estados, prestando asistencia técnica a los países que lo requiera y trabajando con las organizaciones internacionales de expertos científicos para desarrollar recomendaciones dirigidas a la mitigación de las consecuencias del suceso (Katz y Fischer, 2010: 2). La Organización tiene el mandato de determinar si el evento tiene el potencial para causar la interrupción de los viajes internacionales y el comercio, independientemente del origen o la fuente (Chu *et al.*, 2010: 198), de esta forma, si los países consideran que requieren de apoyo para responder a un brote epidémico, realizan la petición a la OMS (*ibíd.*: 183).

Como puede verse, existen grandes diferencias entre el RSI de 1967 y el actual,

entre las más importantes se encuentra el hecho de que el Reglamento de 2005 no sólo es aplicable para una lista específica de enfermedades infecciosas, sino que se dirige hacia a la prevención y mitigación de cualquier evento que pueda representar una emergencia de salud pública a nivel internacional, incluyendo patógenos transmisibles, sustancias químicas o agentes radiológicos (Fidler, 2010: 211). Además de ello, no sólo exige dar a conocer las posibles amenazas sino que armoniza un sistema de respuesta a las mismas. Por último, faculta a la OMS para recopilar y utilizar información de fuentes no gubernamentales, mientras que el Reglamento anterior se basaba únicamente en la información oficial que recibía de los gobiernos (*ídem*). En la Tabla D4 se pueden apreciar las principales diferencias entre los dos RSI según diversas áreas de enfoque.

Área de enfoque	RSI (1969)	RSI (2005)
Tipo de amenaza	Enfermedades infecciosas Específicas.	Cualquier emergencia de salud pública de importancia internacional que implique riesgos biológicos, químicos, radiológicos, nucleares u otros.
Actividades	Controlar los brotes de enfermedades en los puertos y fronteras sin obstaculizar el comercio y los viajes.	Detectar, informar y contener cualquier amenaza de salud pública en los puertos, fronteras y en cualquier otro lugar dentro de las fronteras nacionales para prevenir la propagación internacional, y reducir al mínimo el impacto sobre el comercio y los viajes.
Evaluación del riesgo	Lista reducida de enfermedades (cólera, peste, la fiebre amarilla).	Instrumento de decisión para evaluar los riesgos y su potencial impacto, notificación a la OMS, quien evaluará el riesgo a través de su comité de emergencia de expertos.
Respuesta	Controles pre-determinados de salud pública en puntos de entrada nacionales.	Respuestas flexibles, basadas en en la naturaleza de la amenaza
Comunicación	Cada país selecciona a las autoridades apropiadas para responder a cada emergencia sobre una base <i>ad hoc</i> .	Notificaciones a través de la OMS y los Centros de Enlace Nacionales designados.
Capacidades nacionales	Medidas de control de la salud pública y en los puntos de entrada	Capacidad para detectar, evaluar, informar y responder a las amenazas de salud pública en tiempo real a nivel nacional y comunitario.

Tabla D4

Con el brote de influenza H1N1 durante 2009, se probó por vez primera el Reglamento Sanitario Internacional RSI de 2005 (Fischer *et al.*, 2011). No sólo funcionó como mecanismos de notificación inicial y eventual determinación de la emergencia de salud pública, sino que proporcionó una estructura para actividades de respuesta coordinadas (Katz y Fischer, 2010). Aunque el suceso demostró las ventajas e importancia del RSI, también puso de relieve las deficiencias, en particular las carencias y desigualdades en las capacidades nacionales para dar respuesta a este tipo de emergencias (*ibíd.*: 1). En general, la respuesta inicial de los principales actores involucrados fue acorde con los procedimientos estipulados en el RSI. México notificó dentro de los tiempos correspondientes y tomó las medidas necesarias para contener la expansión de la epidemia. La OMS envió personal al país para ayudar en los esfuerzos de respuesta, declaró a la influenza H1N1 como una ESPII, coordinó la distribución mundial de equipos de diagnóstico y el envío de antivirales a los países afectados así como el intercambio de cepas de virus entre la comunidad internacional (*ibíd.*: 4).

Sin embargo, muchas de las acciones que tomaron diversos Estados en los días posteriores, transcurriendo fuera de la estructura del RSI. Por ejemplo, a pesar de las recomendaciones temporales que emitió la OMS de no imponer restricciones de viajes o comercio, numerosos países asiáticos prohibieron la entrada de personas provenientes de Norte América. Asimismo, a pesar de que se emitió una declaración conjunta entre la OMS, la FAO, la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) estipulando que los productos de carne de cerdo no eran una fuente de la influenza H1N1, veinte países prohibieron la importación de carne de cerdo y productos de cerdo de México, Canadá y los EE.UU. (*ibíd.*: 6). Las autoridades egipcias, por ejemplo, no sólo prohibieron los viajes y la importación, sino que ordenaron el sacrificio de todos los cerdos del país; se estima que un total 250,000 cerdos fueron sacrificados cuando en ese momento sólo se había reportado un caso de influenza H1N1 en el país (*idem*). El ministro

de Salud de Indonesia declaró que la influenza H1N1 fue genéticamente modificada e intencionalmente lanzada por los EE.UU. para promover su industria farmacéutica (*ídem*).

En suma, en cuanto al cumplimiento de las recomendaciones de la OMS, se hizo evidente que muchos países prefirieron tomar decisiones unilateralmente. Ello fue un recuerdo vivo de que ante una amenaza de salud pública de gran envergadura, con frecuencia las Estados nacionales prefieren tomar sus propias decisiones a pesar de los mecanismos de gobernanza existentes (*ibíd.*: 7). Si bien todos los Estados miembros están legalmente obligados a seguir el RSI, no hay sistema formal que penalice a los Estados por no notificar a la OMS de una potencial ESPII, o por no contar con capacidades básicas de vigilancia, control y respuesta a los riesgos sanitarios (*ibíd.*: 12). Además, existen importantes debates entre la comunidad de salud pública sobre quiénes serían los principales beneficiarios del Sistema. Desde algunas esferas se percibe que los países desarrollados se centran en los beneficios utilitarios de la cooperación, haciendo un énfasis exagerado en la necesidad de controlar los brotes epidémicos de ciertas enfermedades infecciosas de alta transmisibilidad y prestando poca atención a otras problemáticas sanitarias de mayor envergadura para los países en desarrollo.

En este sentido, el principal desafío que enfrenta el RSI se relaciona con la precariedad de los sistemas sanitarios de los países en desarrollo. Esta cuestión es sin duda el obstáculo más importante hacia una vigilancia y un control eficaz de las emergencias de salud pública a nivel internacional (Tomori, 2010: 205). El evento de la influenza H1N1 –para continuar con el ejemplo– reveló las brechas críticas que existen entre regiones y países en este sentido. A mediados de agosto de 2009, Sudáfrica había reportado más de 3, 000 casos y varias muertes a raíz del virus, mientras que ningún otro país del África subsahariana había informado de más de 85 casos, mientras muchos no habían reportado ninguno, lo que expresa las insuficientes capacidades de detección y reporte (Katz y Fischer, 2010: 12). En gran parte de los países africanos, los laboratorios de salud pública encargados de llevar a cabo la vigilancia de enfermedades infecciosas – cuando existen– tienden a tener poco personal y con frecuencia carecen de equipo y

suministros básicos, además pocos son capaces de comunicar o recibir información epidemiológica o de transportar muestras de laboratorio de manera oportuna (Tomori, 2010: 205) Las principales carencias que se han identificado en este sentido, incluyen la insuficiencia de fondos, la falta de personal e infraestructura y la escasa capacitación del personal existente (*ídem*).

La incongruencia radica en que a los países en desarrollo se les quiere obligar a cumplir con los requisitos de capacidad básica del RSI en términos de vigilancia, presentación de informes y respuesta a los riesgos, sin un compromiso permanente de recursos financieros que les permitan alcanzar dichos objetivos (Katz y Fischer, 2010: 9). A muchos países que tienen índices altos de mortalidad por enfermedades comunes, y que además con niveles bajos de comercio internacional y poco turismo, poco les interesa desarrollar costosos sistemas de vigilancia epidemiológica. Los responsables políticos de estos países perciben que existe un énfasis indebido y desproporcionado sobre la provisión de recursos para responder a los brotes de enfermedades que podrían extenderse a nivel internacional, en comparación con los recursos movilizados dentro de las fronteras nacionales para prevenir que los brotes ocurran (Tomori, 2010:205).

### **Financiamiento de la gobernanza global en salud**

En las últimas dos décadas, el incremento en el número de actores y mecanismos del Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) ha ido acompañado de un rápido e importante aumento en los recursos internacionales que se destinan a abordar las problemáticas de salud a nivel global. Examinar el panorama del financiamiento internacional dirigido hacia el sector salud, no sólo contribuye a construir una idea más clara sobre el papel que juegan los distintos actores y mecanismos del Sistema, sino que permite apreciar la complejidad que caracteriza su funcionamiento y las principales problemáticas por las que atraviesa. Por consiguiente, este último apartado está dedicado a analizar las redes de financiamiento que se despliegan al interior del Sistema,



centrándose en la dinámica de los recursos dirigidos a la Asistencia al Desarrollo en Salud (ADS). La ADS se define como los flujos de recursos encauzados hacia el sector salud provenientes de instituciones públicas y privadas, cuya finalidad principal es proporcionar asistencia para el crecimiento de los países en desarrollo (Ravishankar *et. al*, 2009).

En el Gráfico D5 es posible apreciar los tipos de actores que intervienen en las tres etapas que experimenta el flujo de recursos de ADS: en la primera etapa se generan los fondos, en la segunda se canalizan y en la última se consumen. La primera etapa se compone de tres categorías de actores, incluyendo los Estados, las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIS) y las Empresas Transnacionales (ETNS). Estos agentes son los responsables de desembolsar los fondos, por lo que se les denomina genéricamente como las fuentes de financiamiento. La segunda etapa está compuesta por actores encargados de administrar y encauzar los recursos hacia los actores que ejecutan las estrategias. Esta etapa cuenta con seis categorías de actores dentro de las que se incluyen las agencias bilaterales de los países donantes –por ejemplo la USAID de EE.UU. y el DFID del Reino Unido–, las organizaciones intergubernamentales que proporcionan subvenciones o préstamos en condiciones favorables hacia el sector de la salud –en particular el BM, la Comisión Europea y los bancos regionales de desarrollo– y las APPS que tiene como objetivo principal el financiamiento de otros actores –el Fondo Mundial y la GAVI y las ONGs, las FFIS y las ETNS– (McCoy *et. al*, 2009). La tercera etapa está compuesta por los actores que consumen los recursos a través de la implementación de programas o la puesta en marcha de estrategias e iniciativas encaminadas a abordar problemáticas de salud. Consiste en seis categorías principales que incluyen a los gobiernos de los países en desarrollo, las ONGs, los organismos multilaterales –como la OMS, UNICEF y ONUSIDA–, las APPS que ejecutan programas –como el Stop TB Partnership o la International AIDS Vaccine Initiative– y las ETNS que por lo general actúan como contratistas dentro de los programas, por ejemplo, las farmacéuticas que venden Antiretrovirales para el VIH-SIDA (*ídem*).

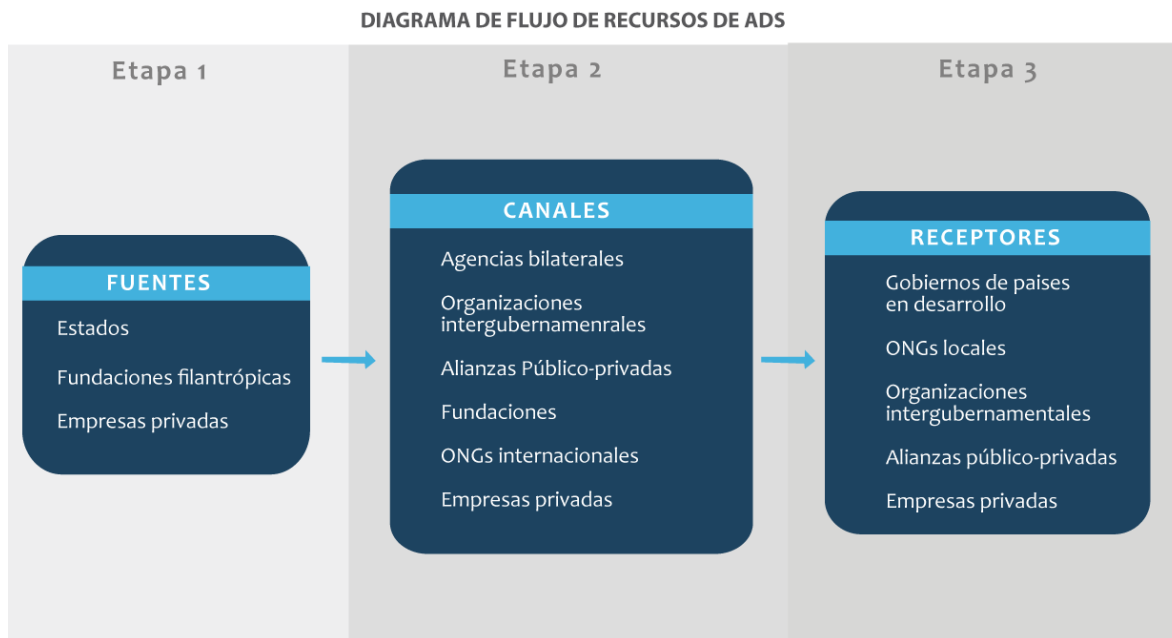


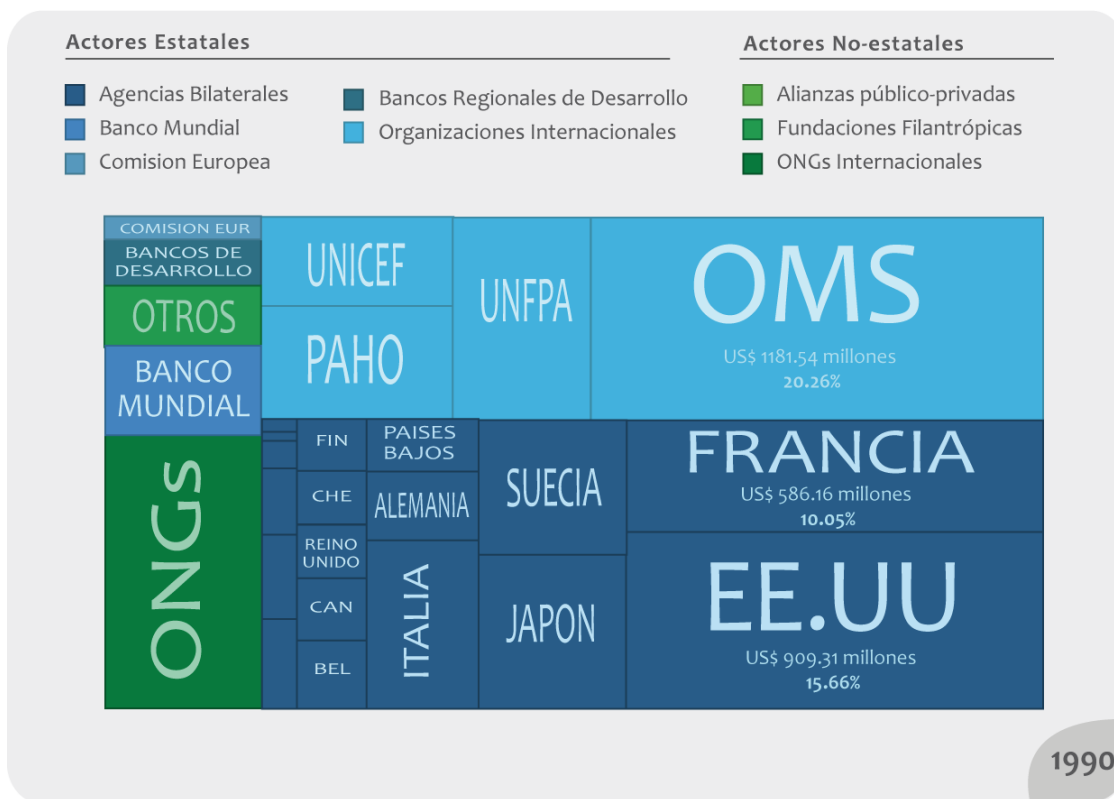
Gráfico D5  
Fuente: Elaboración propia a partir de IHME, 2012

Es fundamental considerar que el Gráfico D5 contiene únicamente fines orientativos ya que el panorama del financiamiento dentro del SGGs es altamente caótico y difícil de categorizar. Lo cierto es que la enmarañada realidad de las redes de financiamiento que atraviesan el Sistema, está determinada por la superposición de las funciones que cumplen los distintos actores y por los límites difusos entre las distintas etapas de financiamiento. Además de que existen actores híbridos que al mismo tiempo son fuentes de financiamiento, gestionan recursos y ejecutan programas, coexisten mecanismos que funcionan como actores y juegan distintos roles dependiendo de la estrategia en la que participen. A pesar de ello, el esquema proporciona un marco útil para la descripción del estado actual del financiamiento dentro del Sistema.

En las últimas dos décadas la ADS ha aumentado drásticamente, pasando de 5.7 mil millones dólares en 1990 a 10.8 mil millones en 2001, para prácticamente triplicarse en 2012 pasando a 28.1 mil millones (Moon y Omole, 2013: 7). Este crecimiento acelerado, sin embargo, no ha sido estable ni homogéneo sino que ha atravesado por tres distintas fases. Entre 1990 y 2000 surgió la fase de 'crecimiento moderado' en la que el aumento

de la ADS fue progresivo y constante, alcanzando un promedio de 5.9% anual. Posteriormente, inicia una fase de 'crecimiento rápido' que perdura hasta 2010, en esta fase la ADS incrementó un promedio de 11.2% anual. Finalmente, desde 2010 hasta la fecha, la ADS entra en una fase de 'no crecimiento' que se corresponde con la respuesta de los países desarrollados ante la crisis financiera global, decreciendo un promedio de 0.1% anual (IHME, 2012: 15). En cada una de estas fases los porcentajes de ADS canalizada por actor han variado substancialmente. El Gráfico D6 permite apreciar la dinámica de esta evolución a través de las últimas dos décadas.

### PARTICIPACION DE LOS ACTORES EN TERMINOS DE ADS DE 1990 A 2010



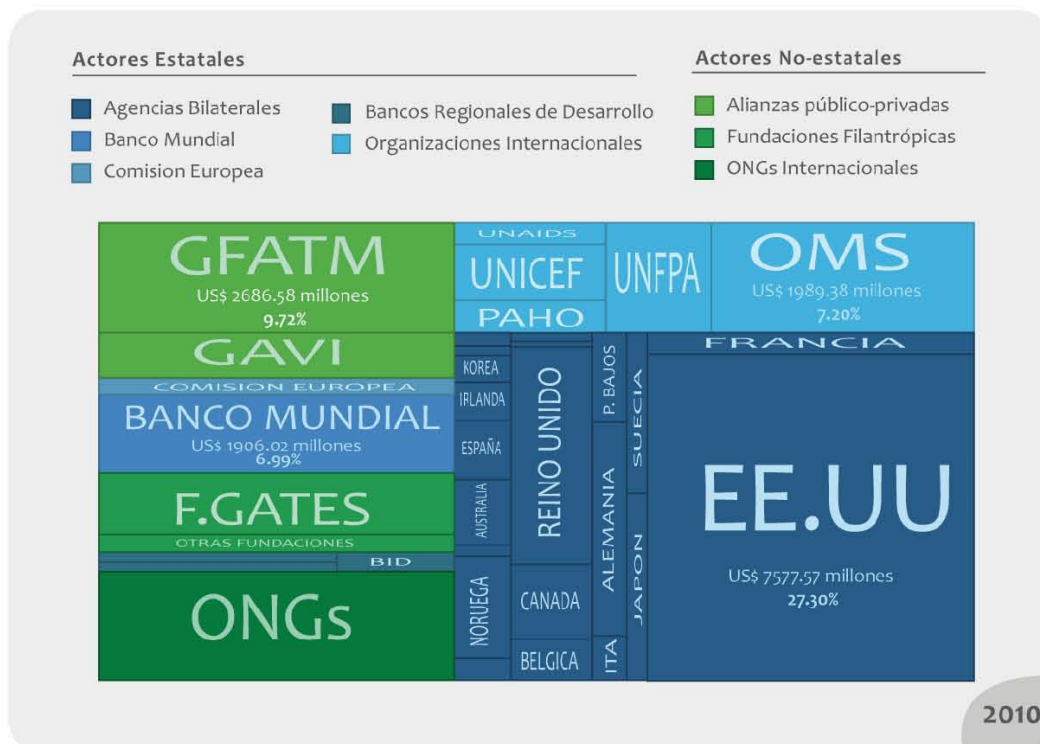
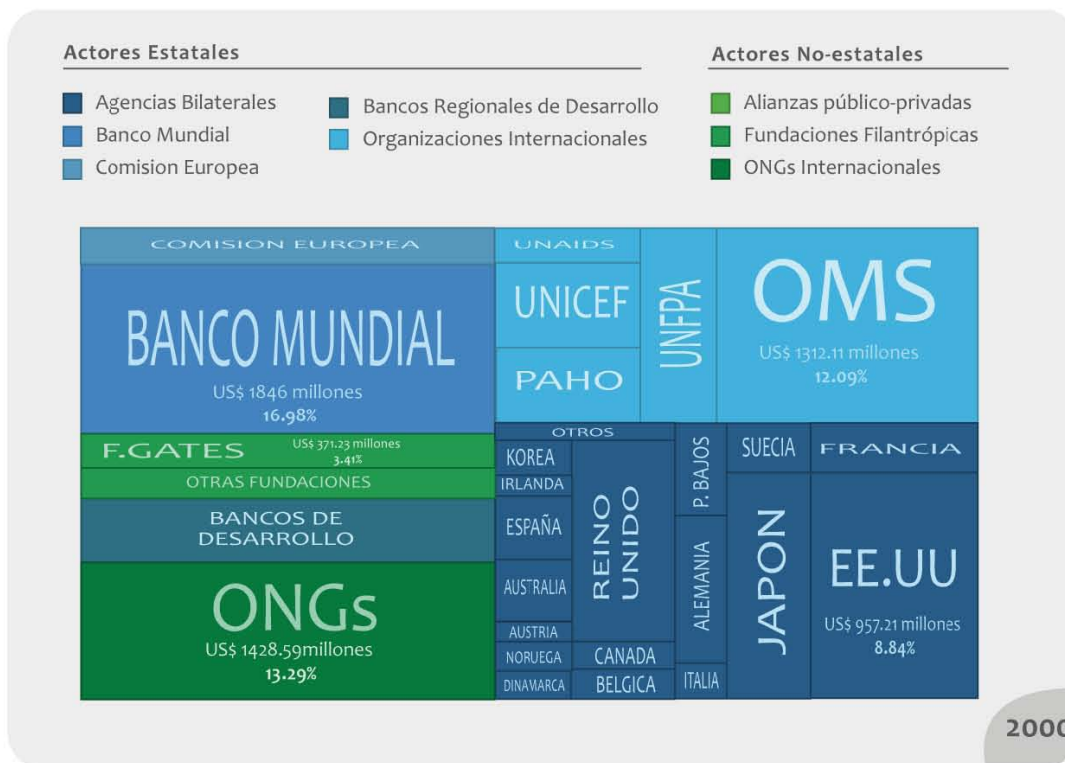


Gráfico D6  
Fuente: Elaboración propia a partir de IHME, 2013a

Durante la fase de 'crecimiento moderado' las principales fuentes de ADS fueron los Estados, mientras los principales vehículos de canalización eran las organizaciones multilaterales, principalmente el BM aunque también los Bancos regionales de desarrollo y algunas agencias de la ONU. Para finales de la década de los noventa, la ADS comienza a incrementar a un ritmo muy acelerado, pasando de 92.2 mil millones de dólares en el 2001 a 148.8 mil millones en el 2010 (*ibíd.*: 16). Este aumento se ve influenciado por la preeminencia que toman ciertas problemáticas de salud dentro de la agenda de desarrollo internacional a principios de la década y por el creciente interés que los actores no-estatales muestran en torno al sector sanitario. La fase de 'crecimiento rápido' se caracteriza esencialmente por una importante escalada en el financiamiento, el incremento en el número de actores comprometidos con la GGS y por la creación de numerosas APPS en torno a asuntos específicos, incluyendo la GAVI en el 2000 y el FMSTS en el 2002. Para este período GAVI reportó un crecimiento de 24.7% anual, mientras el FMSTS reportó un crecimiento de 40.2% de 2003 a 2010 (*idem*). La ADS proveniente de las agencias bilaterales y multilaterales también creció de manera significativa – principalmente la proveniente EE.UU.– la cual representó el 34.8% de la ADS total y mostró un incremento sostenido del 23.3% anual (*ibíd.*: 17). Durante esta etapa, además de los Estados, las FFIS y las ETNs encabezaron la lista de las principales donantes. En cuanto a las fuentes de canalización las APPS y los programas bilaterales de EE.UU. fueron el canal más recurrente.

Entre 2007 y 2008, la ADS experimentó una de las tasas de crecimiento más aceleradas –17% anual– no obstante, este incremento fue precedido por una drástica reducción –a sólo un 6%– entre 2008-2009 y a 7% entre 2009-2010. En términos absolutos la asistencia aumentó en 3,5 mil millones, 1,4 mil millones y 1.7 mil millones en 2008, 2009 y 2010 respectivamente (Murray *et, al*, 2011: 9). De 2008 a 2010, momento en que finaliza el período de rápido crecimiento, la expansión de la ADS estuvo marcada por diversas tendencias. Algunos donantes menores, entre ellos Dinamarca, los Países Bajos, Finlandia y Portugal, ampliaron en gran medida los recursos canalizados, al igual que el BM. Los principales donantes, EE.UU. y el Reino Unido, mantuvieron el mismo porcentaje de

crecimiento de recursos anual, mientras muchos otros actores reportaron un ritmo de crecimiento más lento, incluyendo el Fondo Mundial, la OMS, el UNICEF, la Fundación Gates, y los programas bilaterales de Australia, Canadá y Noruega (*idem*). La asistencia bilateral proveniente de Suecia, España, Japón y Alemania mantuvo un flujo de recursos de crecimiento nulo, mientras la ONUSIDA, la OPS, las ONGs, los bancos de desarrollo de Asia y América y los programas bilaterales de Francia e Italia mostraron descensos importantes (*idem*).

A partir del 2010, cuando la crisis financiera global impacta el presupuesto para la cooperación internacional de los países desarrollados, inicia la fase de 'no crecimiento'. La asistencia bilateral proveniente de EE.UU. disminuyó en 1.2% y la proveniente de las fundaciones estadounidenses en 5.5% anual. El gasto realizado por el FMSTM decayó en un 3.4% (IHME, 2012: 17). A pesar de ello, algunos actores como el BM, el UNICEF y la GAVI, reportaron cifras positivas. Sin embargo, debido a que los principales donantes disminuyeron sus aportes, el total de ADS se redujo en 53 millones de 2010 a 2012. Durante este período los gobiernos continuaron siendo las principales fuente de financiamiento de ADS, representando alrededor del 70% del total. Sin embargo, las fuentes privadas de financiación –incluyendo FFIS, ONGs y ETNS– crecieron en importancia, pasando de 8% en 1990, al 16% en el 2000 y al 15% durante 2010 (Moon y Omole, 2013: 7). En el Gráfico D7 se pueden apreciar los porcentajes de fluctuación en la ADS canalizada entre 2010 y 2012.

### ADS POR CANAL DE ASISTENCIAS 2010-2012

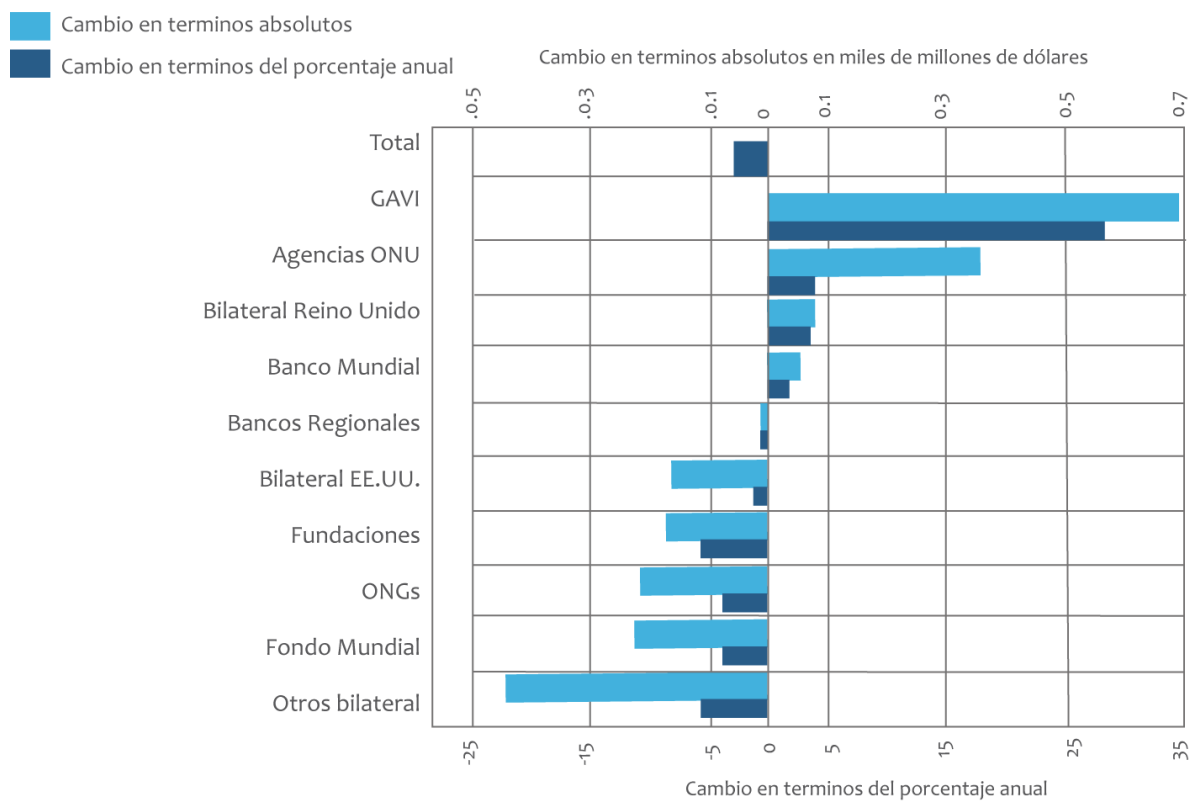


Gráfico D7  
Fuente: IHME, 2012

A pesar del contexto económico internacional, en la actualidad el principal actor contribuyente de ADS a nivel mundial continúa siendo EE.UU. En 2010 este país canalizó un aproximado de 10 mil millones de dólares, es decir, el 35,6% del total de ADS reportada para ese año (IHME, 2012: 38), de los cuales la mayor parte de los recursos los encauzó a través de programas bilaterales y APPs. El segundo lugar corresponde al Reino Unido, quien canalizó 2.3 mil millones de dólares, lo que representa el 8,2% del total de ADS. Detrás sigue Francia con 1.17 mil millones, Alemania con 947 millones, Canadá con 883 millones, Japón con 867 millones, Noruega con 704 millones, España con 596 millones y los Países Bajos con 552 millones (*ídem*).

En cuanto a los donantes no-estatales –entre los que se incluyen en las estadísticas del IHME, las FFIS y ONGS de EE.UU– su contribución para 2010 fue de 2.96 mil millones (*idem*). La Fundación Gates contribuyó con un total 899 millones, es decir que su aporte superó la contribución de todos los países a excepción de EE.UU. y el Reino Unido. Los fondos provenientes de las ETNS al parecer no son tan significativos y no se encuentran incluidos en las estadísticas del IHME debido, básicamente, a la falta de información oficial. Sin embargo, es importante resaltar que estos actores contribuyen en donaciones en especie de medicamentos y otros productos a diferentes programas globales de salud. Asimismo, muchas de estas empresas canalizan sus recursos a través de sus propias fundaciones. Por ejemplo, Pfizer, a través de la Fundación Pfizer reporta haber proporcionar 87 millones de dólares de tratamientos de Azitromicina para la International Trachoma Initiative desde 1998 y haber donado desde el año 2000, 735 millones en Fluconazol, un medicamento para el tratamiento del VIH-SIDA. Según la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas, la contribución combinada de la industria para cuestiones de la salud en el 2006, incluyendo recursos económicos, donaciones de productos y capacitación, ascendió a 1.9 mil millones (McCoy *et. al*, 2009: 410).

En lo referente a los actores encargados de la canalización de los recursos, actualmente se estima que un porcentaje alto es canalizado a través de agencias gubernamentales de los países donantes y de sus agencias bilaterales de desarrollo como la USAID y el DFID. Las organizaciones multilaterales también juegan un papel muy importante en términos de canalización, principalmente el BM, la Comisión Europea y diversas agencias de las Naciones Unidas, incluyendo la OMS, el UNICEF, el PNUD y el FPNU. Otra fuente muy importante de canalización son las APPS que funcionan como mecanismos de financiamiento. Hoy día, el FMSTM es considerado el canal de recursos más importante para los programas de VIH-SIDA, tuberculosis y malaria.

En las últimas dos décadas se han producido importantes transformaciones en relación con los actores mediante los cuales se canalizan los recursos. El cambio más



significativo es que las APPS remplazaron a las instituciones multilaterales tradicionales como principales vehículos de canalización. La proporción de ADS que se canaliza a través de las agencias de la ONU se redujo de 35% en 1990, a 26% en el 2000 y a 17% en 2010. Por su parte, la participación del BM y de los bancos regionales de desarrollo se redujo de 23% en el 2000 a 8% en 2010. Por el contrario, los recursos direccionados a través del Fondo Mundial y GAVI pasaron de menos del 1% en el 2002 –el primer año para el que se dispone de datos– a 12% y 4% respectivamente en 2010. Por último, la ADS encauzada a través de las agencias bilaterales de desarrollo se mantuvo relativamente estable, 49% en 1990, 32% en 2000 y 43% en 2010 (IHME, 2012).

Asimismo, los actores que se utilizan para encauzar los recursos varían de donante a donante, EE.UU. y Canadá tienden a canalizar más fondos hacia actores no-estatales, por ejemplo. Durante 2010 proporcionaron, respectivamente, el 52,9% y el 48% de la ADS a través de ONGs y APPS. Por el contrario, los países europeos y asiáticos, prefieren canalizar el apoyo a través de sus agencias bilaterales, Corea, por ejemplo, a otro lado del extremo, canaliza 80,6% de la ADS a través de entidades gubernamentales. Otros países europeos utilizan a las agencias de la ONU como principales vehículos de canalización, Finlandia y Austria asignan una alta proporción de ADS al FPNU. Francia, por el contrario, transfiere una proporción relativamente alta de su ADS –el 35%– hacia el Fondo Mundial. Por su parte, Alemania, Japón e Italia tienden a favorecer una mezcla de organizaciones bilaterales y multilaterales (*ibíd.*: 39); mientras las FFIS canalizan la mayoría de sus fondos hacia ONGs y APPS. En el Gráfico D8 es posible observar las preferencias de canalización de recursos de ADS de los principales países donantes.

ASISTENCIA AL DESARROLLO PARA LA SALUD (ADS) POR FUENTE DE RECURSOS 2010-2011

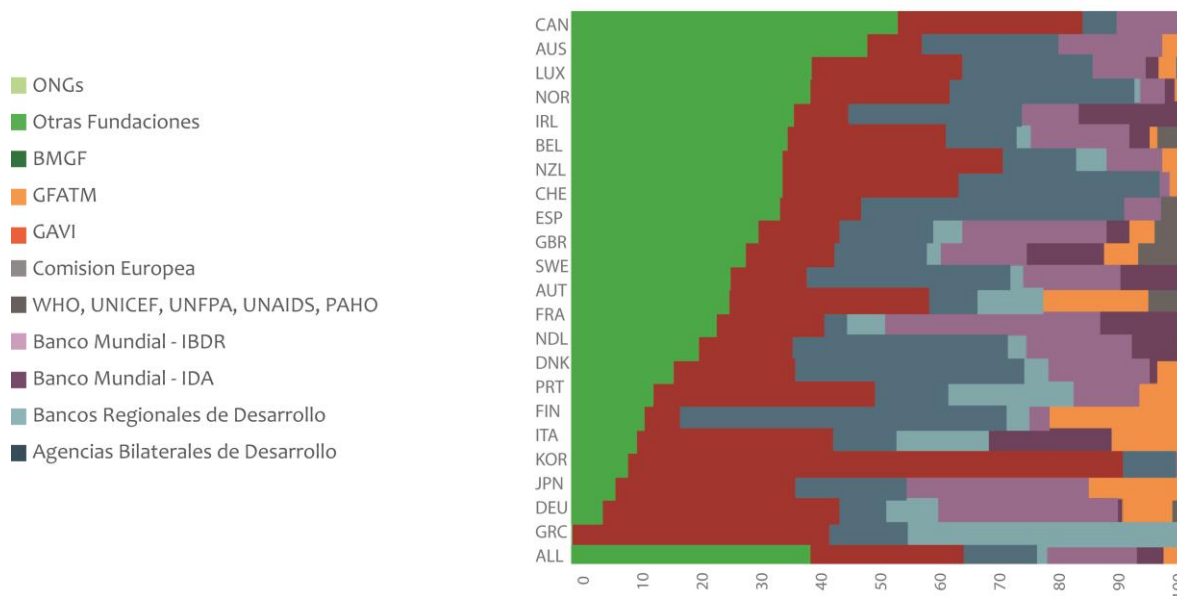


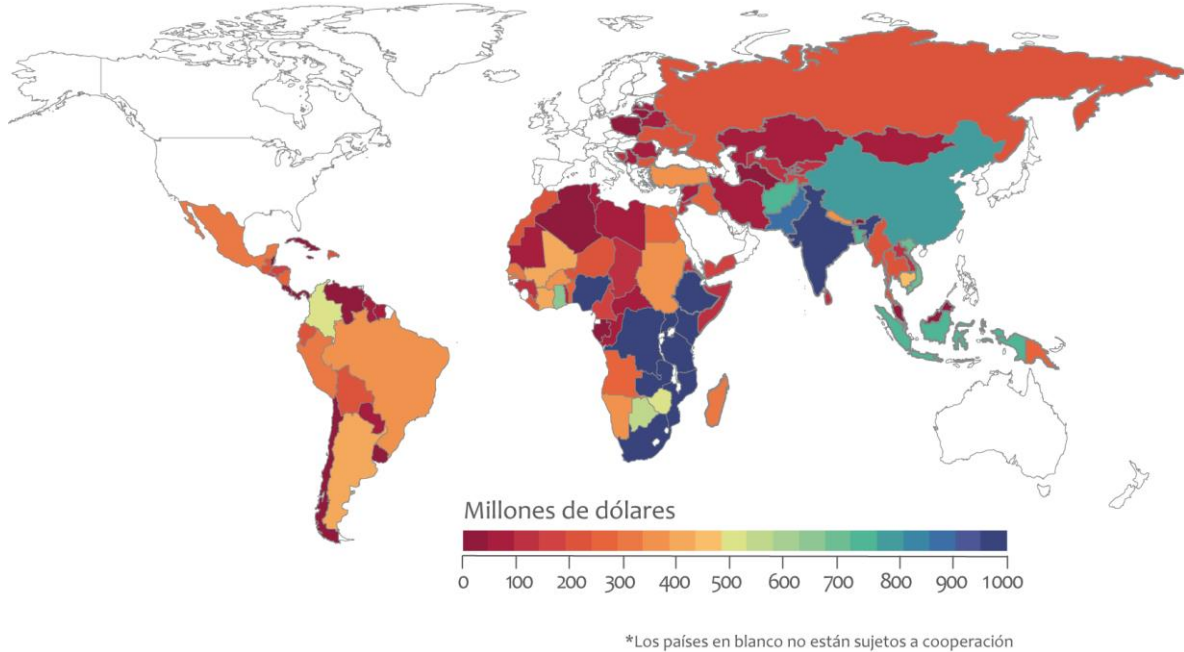
Gráfico D8  
Fuente: IHME, 2012

En cuando a los actores receptores de los recursos, los que encabezan la lista son los gobiernos de los países en desarrollo, las ONGs locales y numerosas ONGs internacionales como Care International, MSF, OXFAM y Save the Children. No obstante, las agencias de Naciones Unidas también juegan un papel muy importante como entidades receptoras, principalmente el UNICEF, el PNUD, la OMS y el ONUSIDA. Sin embargo, es difícil contabilizar qué porcentaje del presupuesto que reciben estos organismos lo utilizan para implementar programas de manera directa o para financiar a otros actores (McCoy *et. al*, 2009: 413). Dentro de los principales receptores también se incluyen las APPs que reciben fondos para la ejecución de estrategias como el Stop TB partnership, Medicines for Malaria Venture o la International Trachoma Initiative (*idem*). Por último, las ETNs –principalmente las trasnacionales farmacéuticas– reciben una gran cantidad de recursos a través de la compra de medicamentos y otros productos que se utilizan en los programas. Por ejemplo, se estima que el 48% de los gastos del Fondo Mundial en los 6 primeros ciclos de financiamiento se dirigieron a la compra de materias primas, productos y medicamentos en el sector privado (*idem*). De igual forma, una gran proporción de la financiación de la Fundación Gates se canaliza para estimular la investigación y el desarrollo en empresas

que desarrollan vacunas y medicamentos. Del mismo modo, una parte importante del gasto de la GAVI, la Fundación Clinton y la ONUSIDA se dirige a la compra de productos sanitarios del sector privado (*idem*).

Además de identificar quienes son los actores receptores, vale la pena examinar hacia donde fluyen los recursos en términos geográficos. En general, los porcentajes de ADS canalizados varían sustancialmente de región a región y de país a país. Generalmente se tiene en cuenta el número de habitantes, la carga de la enfermedad, el ingreso per cápita así como los factores geopolíticos. De 2001 a 2010 los recursos canalizados hacia esta región experimentaron un incremento de 19.6% anual, para 2010, la ADS direccionada hacia África subsahariana representó el 56% del total. Ello se debe a que en el África subsahariana se encuentran los países de ingresos per cápita más bajos del mundo y al alto índice de morbilidad por enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales que tiene la región en su conjunto (IHME, 2012). Los principales diez países receptores, clasificados según la cantidad total recibida entre 2008 y 2010 fueron, en orden decreciente: India, Nigeria, Tanzania, Etiopía, Sudáfrica, Kenia, Uganda, Mozambique, Zambia y la República Democrática del Congo (*idem*). En términos de volumen total, la ADS dirigida a India y algunos países de África subsahariana superaron los mil millones de dólares. Unos cuantos países en el sudeste de asiático, de África subsahariana y China recibieron entre 600 y 800 millones, mientras la mayoría de países, incluso algunos de los más poblados como Brasil, México y Rusia, recibieron menos de 500 millones de ADS (*ibíd.*: 20). El Mapa D9 ilustra el total de ADS desembolsado entre el 2008 y 2010 por país.

#### RECURSOS DESTINADOS A LA ADS POR PAÍS



Mapa D9

Fuente: IHME, 2012

Otra cuestión importante a considerar, son las áreas de salud hacia las que se canalizan los recursos. Actualmente, las seis áreas principales son VIH-SIDA, salud materna, neonatal e infantil (SMNI), malaria, tuberculosis, enfermedades no transmisibles y fortalecimiento de los sistemas de salud. Durante 2010 el 30.5% se canalizó a VIH-SIDA, 8,4% para la malaria, 5.3% para el fortalecimiento del sector salud, 4.9% para tuberculosis y 0,8% para las enfermedades no transmisibles (IHME, 2012: 25). Como puede observarse, el mayor porcentaje de recursos lo recibió el VIH-SIDA, mientras que las enfermedades no transmisibles recibieron el menor porcentaje (Moon y Omole, 2013). Durante la fase de crecimiento rápido –de 2001 a 2010– los recursos se concentraron en el VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis, enfermedades que experimentaron un incremento muy importante a lo largo de la década. Por el contrario, la ADS direccionada a la SMNI – prioridad durante la ‘fase de crecimiento moderado’ – aumentó a una tasa estable durante este período (IHME, 2012: 25).

La ADS para el VIH-SIDA se expandió a un ritmo muy acelerado a partir de 1998, sobre todo como respuesta al aumento de la epidemia desde 1990. A principios de los noventa, el VIH-SIDA era la causa número 33 de AVAD a nivel mundial. Para el año 2010 se encontraba en el quinto lugar, es decir que en dos décadas mostró un incremento de un 351%. A pesar de que se han presentado importantes descensos en la mortalidad por VIH-SIDA desde 2005, gracias a la expansión del tratamiento antirretroviral y a la prevención de la transmisión de madres a hijos, este problema sanitario continúa siendo una de las problemáticas de salud pública más urgentes a nivel mundial (*ibíd.*: 27). El ciclo expansivo de financiamiento hacia esta problemática durante los últimos quince años, se debe en gran parte a los programas impulsados por los donantes bilaterales, especialmente de EE.UU., a través del PEPFAR y la USAID. Para el año 2010, el financiamiento bilateral de EE.UU. al VIH-SIDA, representó más de la mitad (58,8%) de la ADS dirigida a abordar esta enfermedad (*ídem*). Otro porcentaje alto de financiamiento se canalizó a través del FMSTM, la ONUSIDA, el World Bank Multi-Country AIDS Program y la International AIDS Vaccine Initiative.

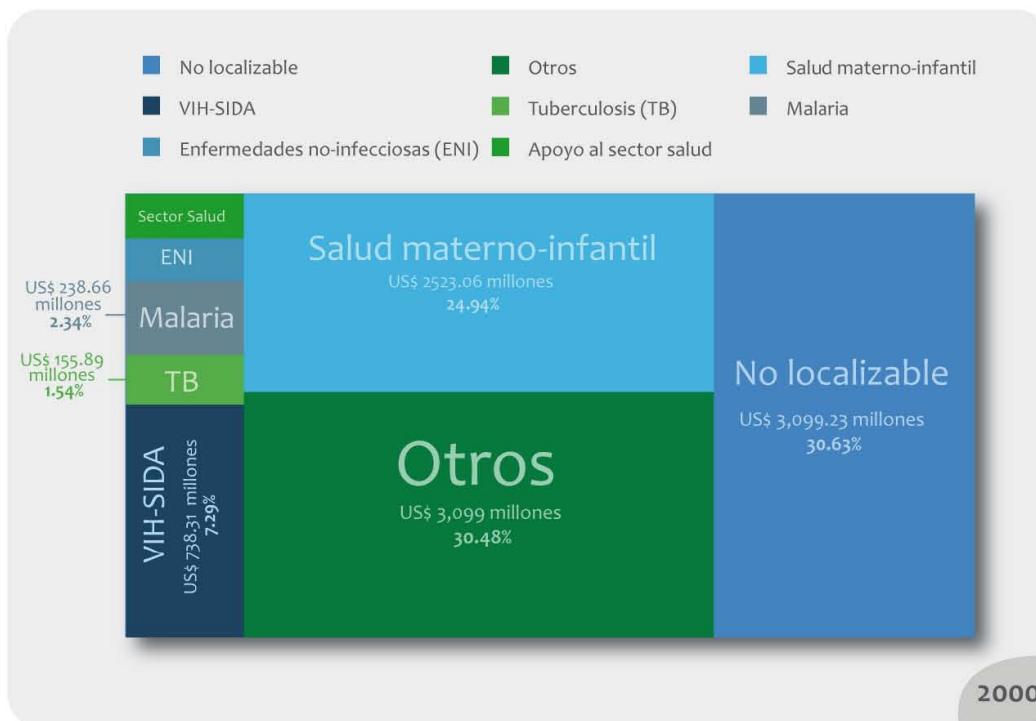
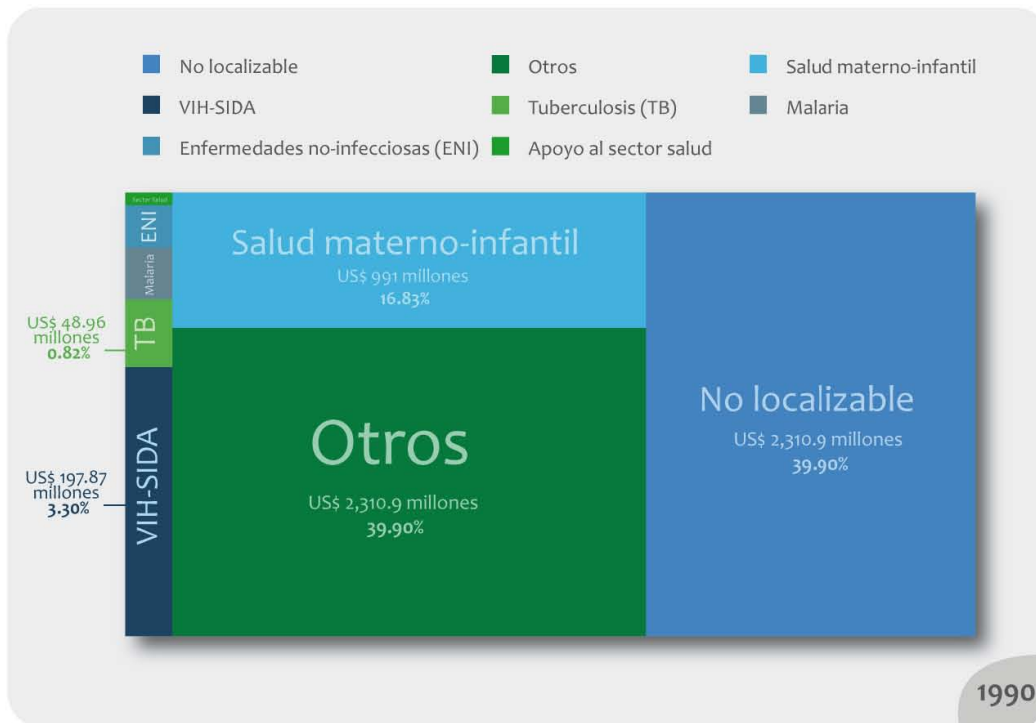
Los recursos de ADS direccionados a la SMNI, segunda prioridad del financiamiento, han aumentado de manera constante pero paulatina. Para el año 2010, el gasto en SMNI alcanzó casi 5.2 mil millones de dólares. De acuerdo con los estimados, EE.UU. fue el mayor contribuyente, representando aproximadamente el 17.1% del total, seguido por el UNICEF 16,6% y el FPNU 15.9% y GAVI 14.9% (*ibíd.*: 29). A pesar de que esta área de salud se compone de un gran número de intervenciones, entre las cuales los programas educativos suelen tener gran resultado, actualmente el enfoque del sector se concentra principalmente en vacunación. Para el periodo 2009-2010, la ADS direccionada a los programas de SMNI experimentó un crecimiento importante de 8.8% a raíz de la creación de nuevas APPS dirigidas hacia la SMNI, incluyendo la Every Woman Every Child Initiative, la cual recibió 20 mil millones de dólares desde su creación en el 2010 (*ídem*).

A diferencia de la ADS para el VIH-SIDA y la SMNI, el gasto en malaria disminuyó significativamente de 2009 a 2010. Para 2010, la ADS total para la malaria fue de

aproximadamente 1.9 mil millones de dólares, es decir sufrió un descenso del 4.2% respecto a 2009 (*ibíd.*: 31). Los recursos canalizados hacia esta enfermedad, experimentaron un fuerte crecimiento desde 2005, incluyendo un alza de 664 millones de dólares de 2008 a 2009, lo que representó un incremento del 52.1% (*idem*). Este aumento se debió principalmente a la ampliación de los recursos de FMSTM dirigidos hacia este rubro y la puesta en marcha de diversos programas bilaterales, entre los que se encuentra la President's Malaria Initiative de EE.UU. La expansión del apoyo a los programas de malaria se basó en el reconocimiento de que esta enfermedad es responsable del 3.3% del total mundial de AVAD (*idem*). Debido a que los índices de mortalidad por malaria se concentran principalmente en el África subsahariana, India, América del Sur, Asia oriental y el Pacífico, el financiamiento se dirige únicamente hacia estas regiones.

En el Gráfico D10 se presenta la evolución de los porcentajes de ADS dirigidos a distintas enfermedades y áreas sanitarias entre 1990 y 2010.

## ADS CANALIZADA HACIA SECTOR DE SALUD 1990 A 2010



## ADS CANALIZADA HACIA SECTOR DE SALUD 1990 A 2010

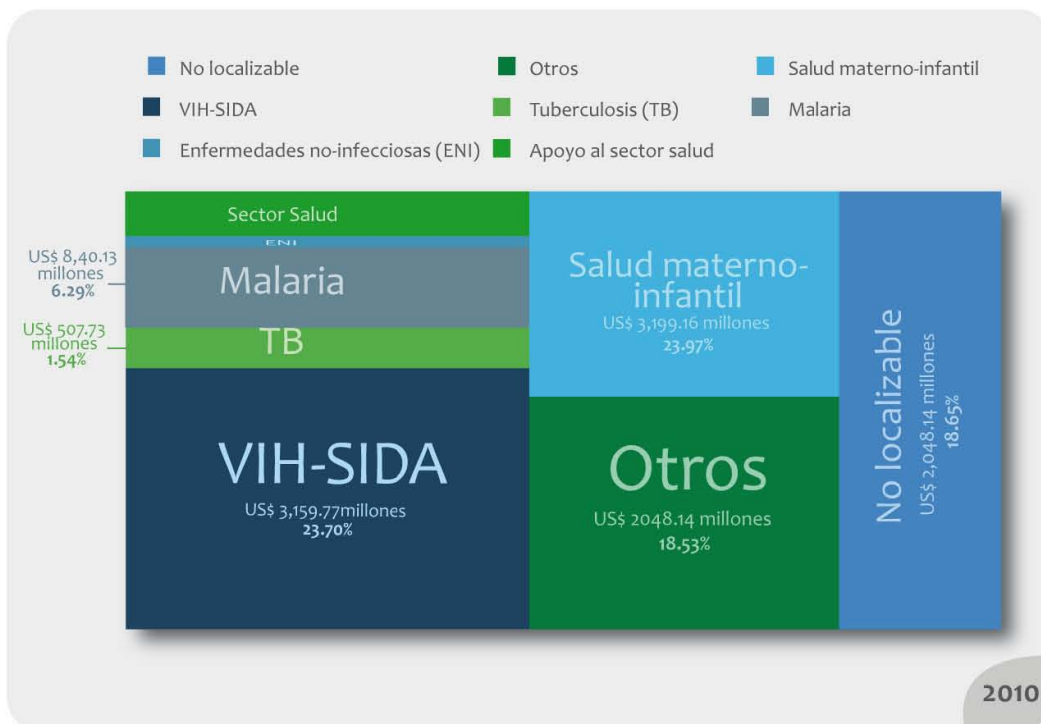
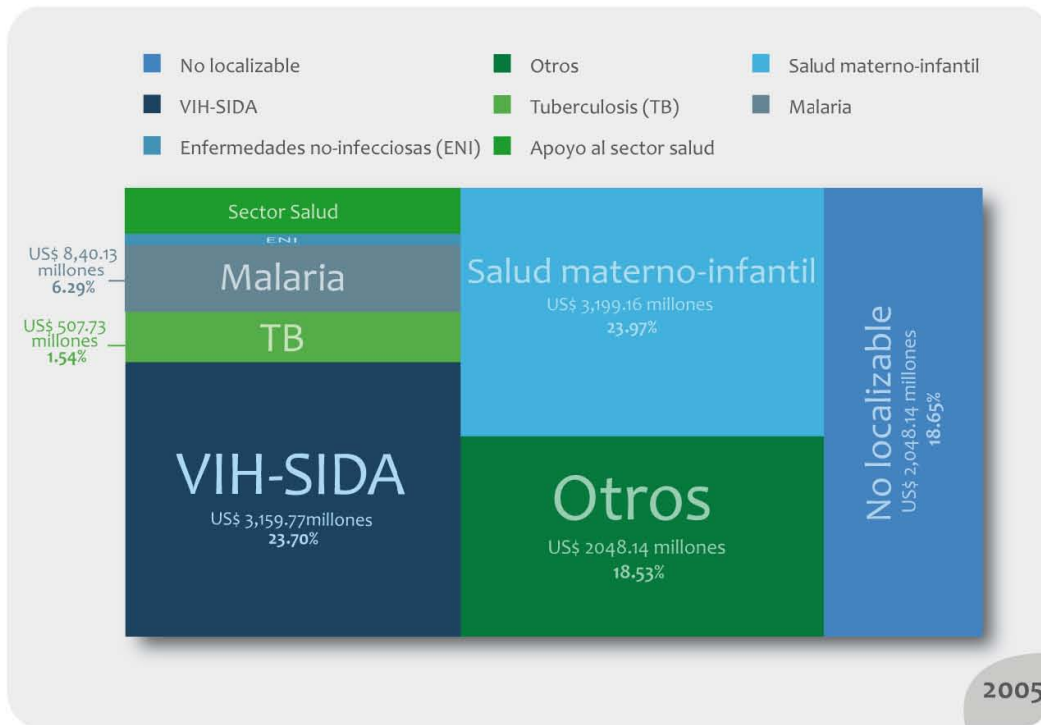


Gráfico D10

Fuente: Elaboración propia a partir de IHME, 2013a



La crisis económica global que comienza en 2008 ha suscitado serias preocupaciones acerca de la capacidad de los países desarrollados para cumplir con sus compromisos destinados a financiar los programas de salud en los países en desarrollo (Murray *et al*, 2011). Como se mencionó anteriormente, después de un período de crecimiento rápido y sostenido, la tasa de crecimiento se redujo drásticamente en 2011 – ello sin considerar que aún no se cuenta con datos analizados para valorar lo ocurrido en el último año y medio–, al parecer los niveles generales de ADS van a tender a la baja debido al complicado escenario financiero global (Moon y Omole, 2013). La rápida expansión en los recursos de ADS a principios de la década pasada, se vio favorecida por un contexto económico relativamente próspero para los países desarrollados. No es de sorprender que diversos autores consideren que la `edad de oro´ de la ADS ha llegado a su fin (McCoy *et al*, 2009; Moon y Omole, 2013). Esta situación suscita serias preocupaciones en relación con la sostenibilidad de las estrategias que el SGGs ha priorizado durante la última década. Es muy probable que a medida que se agudice la crisis económica global, los recortes presupuestales de los países en desarrollo afecten en gran medida el presupuesto dirigido a la cooperación internacional.

Ante este escenario, algunas de las preguntas que surgen son: ¿qué sucederá con los cientos de APPs y programas bilaterales que se han establecido en los últimos años?, ¿qué cambios epidemiológicos ocurrirán si se desmantelan las iniciativas que se han encargado de proveer antiretrovirales para el VIH-SIDA, redes fumigadas contra la malaria y medicamentos para la tuberculosis?, ¿habrá un retroceso en los logros que se han alcanzado en materia de SMNI a lo largo de las dos últimas décadas si se frenen las estrategias globales de vacunación?, ¿en qué estado quedarán los sistemas de salud de diversos países que se han vuelto dependientes de los recursos internacionales?. Estas son sólo algunas de las interrogantes que plantea el escenario actual del SGGs. En las conclusiones de este trabajo se profundizará en estas y en otras problemáticas que se han identificado a lo largo de la investigación.

## CONCLUSIÓN

Como afirmó Fidler (2010) –a fines de la primera década del siglo XXI– en los últimos diez o quince años se ha puesto en marcha una revolución sin precedentes en materia de Gobernanza Global en Salud (GGS). Esta revolución no sólo abarcó la creación de regímenes de gobernanza radicalmente nuevos y un crecimiento sin precedentes en el financiamiento para el área sanitaria, sino que situó a la salud como un tema de primer orden dentro de la agenda política internacional. En el transcurso de pocos años se crearon numerosos mecanismos de gobernanza de características heterogéneas –dirigidas sobre múltiples áreas sanitarias–, se multiplicaron exponencialmente los actores interesados en la salud y aumentaron de manera substancial los flujos de recursos bilaterales, multilaterales y privados direccionados hacia este ámbito.

Esta revolución fue propulsada por una serie de acontecimientos que se desplegaron en el escenario global desde mediados de los años noventa. En un contexto marcado por el aumento acelerado en los niveles de pobreza, el adelgazamiento de las funciones estatales, la generalización de las problemáticas ambientales, la preocupación internacional por cuestiones relacionadas con el desarrollo –tales como el cambio climático, la deuda y la precariedad de las condiciones de vida de grandes segmentos de la población mundial– cobraron una importancia sin precedentes en las esferas de la ‘alta política’ internacional. Ello se expresó en una serie de cumbres de alto nivel –incluyendo las reuniones del G8 en Okinawa y Gleneagles– e importantes propuestas multilaterales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en donde el tema de la salud ocupó un lugar central.

Por su parte, los factores que se relacionaban más estrechamente con el sector sanitario, actuaron en este contexto como catalizadores para posicionar los temas de salud en la médula de la agenda internacional, especialmente la pandemia del VIH-SIDA, el SARS y la creciente preocupación por amenazas de bioseguridad a raíz de los atentados del 11 de septiembre de 2001 (Williams y Rushton, 2011: 2). Además del contexto político

favorable, transcurría un momento de relativa prosperidad económica en occidente, lo que no sólo permitió a los países desarrollados adquirir una serie de compromisos dirigidos a canalizar recursos hacia diversas problemáticas de desarrollo social a nivel mundial, al mismo tiempo que impulsó la aparición de Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs) así como de otros actores no-estatales interesados en el área (*idem*).

En conjunto, estos y otros cambios –que a su vez son causas y consecuencias de las reestructuraciones sociopolíticas y económicas experimentadas por el sistema global a lo largo de más de tres décadas– fueron constituyendo en las últimas dos décadas un Sistema de Gobernanza Global en Salud (SGGS) cada vez más robusto, compuesto por un tupido tejido de actores y mecanismos de gobernanza. Empero, este Sistema no se conformó como una entidad unificada, bien estructurada y fácil de comprender, por el contrario, se ha venido conformado como un espacio cada vez más conflictivo e ininteligible en ciertos aspectos. Actualmente, el SGGS se encuentra atravesado por una gran variedad de fenómenos e inmerso en un sistema global cada vez más interdependiente y complejo. A lo largo de este trabajo se ha contribuido en el esclarecimiento de la dinámica del SGGS a través de un análisis sistemático de los principales elementos que lo conforman así como de su trayectoria histórica. Por ende, el propósito de este apartado final –dirigido a ofrecer algunas reflexiones conclusivas de la investigación– es ofrecer un panorama general del Sistema en su fase actual, resaltar las principales problemáticas que lo determinan y plantear una serie de cuestionamientos acerca de su futuro próximo. Antes, sin embargo, resulta conveniente realizar un breve recapitulado de los cimientos teórico-metodológicos que han servido de soporte para examinar el SGGS.

Las perspectivas teóricas que guiaron la investigación proporcionaron valiosas herramientas analíticas provenientes de los enfoques sistémicos de la gobernanza global, ya que para los efectos de esta investigación, el término *gobernanza global* se circunscribe a una perspectiva sistémica, la cual brinda la posibilidad de concentrar el análisis en el aspecto relacional de la gobernanza global, rebasando la clásica descripción de los

mecanismos que emergen de la dirección de los asuntos públicos globales. El interés por la dinámica relacional de los sistemas de gobernanza global, específicamente del campo de la salud, es estratégico. Sin una perspectiva que permitiera a la investigación enfocarse en las interacciones entre los agentes que componen los diferentes niveles –local, nacional, regional, internacional, transnacional– y procesos que componen al Sistema, así como en su evolución histórica, sería prácticamente imposible emprender la exploración del origen y la actualidad de las problemáticas del campo de la salud en el contexto contemporáneo.

Desde la óptica sistémica, los regímenes de gobernanza se han modificado radicalmente en las últimas décadas. En el trascurso de los últimos años se han generado sistemas nutridos por las características de cada actor y por las interrelaciones y nexos que establecen entre sí, mismas que al funcionar en un sistema específico los redefine constantemente, construyendo una totalidad que a su vez influye y es influida por un medio externo. Ese medio externo es el sistema global que contiene al sistema de gobernanza específico de un campo, entendido como un asunto público de carácter global. En términos sistémicos, la interdefinición implica reconocer a los distintos componentes de un sistema determinado como actores o entidades altamente permeables, rasgados por el desplazamiento de sus significados y prácticas, mismas que los caracterizan al definir y ser definidos por otros actores y relaciones. Por ello, el primer compromiso epistemológico del que parte la perspectiva teórica que ha seguido esta investigación, fue la negación de la existencia teórica de actores o mecanismos unificados, homogéneos, cerrados o auto-dirigidos (Porter, 2009), para reconocerlos empíricamente como entidades abiertas, complejas y siempre imbricadas en procesos que determinan al sistema como una totalidad en constante definición.

Sin embargo, esta perspectiva teórica reconoce, al mismo tiempo, las relaciones de poder que se establecen en la lógica interna del Sistema, reconociéndolo como un terreno poroso y conflictivo (Finger, 2004). Desde esta posición teórica, las distintas interacciones desplegadas a lo largo de la evolución histórica del sistema, generan actores con mayores

posibilidades de adaptación estratégica al interior de un sistema determinado. Este reconocimiento fue fundamental para el análisis empírico del SGGs, ya que esta característica determina en gran medida los rasgos más relevantes de la fase actual del Sistema. Esta comprensión teórica también resultó indispensable para analizar la configuración de las relaciones entre la actividad de los actores no-estatales y estatales, ambas entidades carentes de una autonomía total e incrustadas en relaciones de poder que opacan o potencializan sus capacidades para dirigir o influir en el Sistema como totalidad. De igual forma, la comprensión del poder en la lógica sistémica es importante para analizar el vínculo global-local a la manera de Basak Cali y Ayca Ergun (2003), desde allí fue posible comprender la desarticulación de los objetivos y las estrategias entre actores con enormes capacidades en la dirección del Sistema y los intereses de actores alejados de los puntos neurálgicos del SGGs donde se imponen las prioridades de unos actores sobre otros a partir, sobre todo, de relaciones de poder establecidas en torno a las fuentes de financiamiento.

Reconociendo que las distintas relaciones de poder establecidas al interior del SGGs generan desarticulación y desagregación, es posible reconocer empíricamente la proliferación de centros de autoridad. Este fenómeno político de la gobernanza global actual explica la emergencia de sistemas globales altamente complejos, pero con poca capacidad para el abordaje de los distintos problemas que intentan solucionar. Tanto teórica como empíricamente existen elementos para afirmar que los actuales mecanismos de gobernanza no son capaces de generar soluciones globales porque son altamente influidos por el sistema global capitalista en el que se encuentran insertos, un medio externo generador de una competencia intensa entre actores poderosos ávidos de mayores posiciones en el orden de consumo global. Como afirma Lee (2009), el actual SGGs se ha desarrollado sobre una base *ad hoc*, definida por el poder político y económico de los actores dominantes. Como puede verse a lo largo de esta investigación, el campo de la salud ofrece algunos de los mejores ejemplos sobre la disfuncionalidad de los sistemas de gobernanza contemporáneos, sistemas obligados a funcionar en un terreno caótico y contradictorio compuesto por regímenes que compiten y se superponen (Fidler,

2010). Esta perspectiva teórica permitió el análisis de las lógicas economicistas que actualmente determinan al SGGs, de igual forma permitió observar su evolución histórica y las pocas posibilidades que los actores locales tienen para revertir el utilitarismo que ha impregnado al Sistema.

A partir de estos enfoques teóricos, es posible afirmar que empíricamente el actual SGGs tiene como una de sus principales características la enorme cantidad de actores que alimentan su funcionamiento aunado al conjunto significativo de relaciones que establecen entre sí. Estos atributos constituyen las características esenciales del Sistema en su fase actual y son, al mismo tiempo, el punto cardinal de la creciente complejidad y el deficiente desempeño del SGGs. Como se mostró a lo largo del trabajo, los actores que nutren al Sistema tienen características muy variadas, juegan diferentes funciones y parten de intereses disímiles; son tanto de carácter estatal como no-estatal y pueden tener un espectro de actuación internacional, regional, nacional o local. Entre los principales actores del Sistema en el ámbito internacional y regional se encuentran: las Organizaciones Internacionales (OIs), entre las que destacan la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA) y el Banco Mundial (BM); en este nivel también se sitúan las Fundaciones Filantrópicas Internacionales (FFIs) –por ejemplo la Fundación Gates, la Fundación Rockefeller y la Fundación Ford–; diversas Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) de talla internacional –como Médicos sin Fronteras, OXFAM, People’s Health Movement–; un número significativo de Empresas Transnacionales (ETNs) –incluyendo empresas del sector farmacéutico, tabacalero y de alimentos– así como Bancos Regionales de Desarrollo –principalmente el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Africano de Desarrollo (BAfD). En el nivel Estatal se ubican los países desarrollados y en desarrollo, quienes influyen en el SGGs a través de sus diversas instituciones nacionales relacionadas con el sector sanitario –agencias bilaterales de desarrollo, secretarías o ministerios de salud, instituciones académicas y ONGs de carácter nacional, entre las más importantes–.

Finalmente, a nivel local, encontramos a las ONGs que realizan actividades en un espacio geográfico limitado y a las organizaciones comunitarias que trabajan en el área de la salud.

Aunque en todos los campos de la gobernanza global es común la interacción entre agentes de distinta naturaleza, en el ámbito de la salud esta diversidad se hace aún más evidente. Ello ha generado un espacio caótico de iniciativas que se superponen así como relaciones muy complejas entre un grupo de actores que adjudican enormes recursos para interrelacionarse desde una posición de poder con una diversidad de actores que son sólo sujetos de financiamiento, ocasionando una arquitectura de gobernanza unilateral, muy fragmentada, cortoplacista e ineficiente. Sin embargo, no es sencillo establecer mecanismos de gobernanza que satisfagan los intereses de múltiples actores y que al mismo tiempo generen los mejores resultados en términos de las problemáticas que buscan solucionar. Tampoco es fácil establecer instrumentos de coordinación adecuados a las necesidades del Sistema cuando no existe común acuerdo sobre los objetivos a seguir, además la participación de los actores es altamente desigual en términos de recursos económicos y capacidad de influencia política.

A pesar de que esta característica del SGGs no parece tener una solución en el corto ni en el mediano plazo, en los últimos años se han presentado diversas iniciativas encaminadas a establecer una mejor coordinación entre los actores y los mecanismos del SGGs. Algunos de los ejemplos más significativos a nivel internacional son la Declaración de París de 2005 sobre la Eficacia de la Ayuda, firmada por más de 100 países y OIs; la Agenda de Accra para la Acción, formada en 2008, la cual pone mayor énfasis en la necesidad de armonizar objetivos y estrategias; el International Health Partnership (IHP+) creado en el 2007, dirigido a la aplicación de los principios de la Declaración de París en el sector de la salud, y; el grupo 'Health 8', conformado en 2007 por las principales OIs del ámbito de la salud, dirigido a la armonización de acciones para el cumplimiento de los Objetivos de salud dentro de los ODM.

A pesar de estos esfuerzos, encaminados a brindar cierto nivel de orden al caótico panorama del SGGs, así como de los numerosos llamamientos que diversos actores han

realizado para establecer objetivos consensuados y estrategias de acuerdo a los intereses de los países receptores de ayuda, no se ha logrado avanzar en el diseño de mecanismos de gobernanza mejor equipados para hacer frente a las carencias del Sistema. Las acciones de coordinación no sólo han sido insuficientes para dar coherencia al actual SGGs sino que han desviado la atención de un problema mucho más importante que define su funcionamiento, específicamente al hecho de que los actores predominantes no están dispuestos a renunciar a su autonomía y preeminencia, ni a restringir su libertad de acción en campos que consideran estratégicos; tampoco están dispuestos a debatir sobre los objetivos que se persiguen a corto y largo plazo, ni sobre la sustentabilidad de los programas que promueven. En efecto, las iniciativas de coordinación sólo buscan establecer un diálogo superficial una vez que los derroteros a seguir han sido preestablecidos por actores dominantes.

En este sentido, es posible afirmar que el rumbo que ha tomado el Sistema en la actualidad ha sido determinado, principalmente, por los intereses que impulsan los actores preponderantes –es decir, los países desarrollados, particularmente EE.UU.– así como por un conjunto de actores no estatales que tiene importantes intereses en el sector sanitario, como las FFIS y las diversas ETNs implicadas en el ámbito de la salud. De esta forma, como se expuso a lo largo de los últimos capítulos de este trabajo, es necesario reconocer el enorme peso de EE.UU.– como Estado y como lugar de origen de las principales FFIS y ETNs– en la conformación del actual SGGs. En la actualidad, este país no es sólo la principal fuente de financiamiento bilateral hacia el sector sanitario mundial –aproximadamente el 30% de los fondos de ADS proviene de sus arcas– sino que es la principal fuente de recursos de la mayoría de APPs y OIS del sector salud. Por todo ello, EE.UU. se ha constituido como un actor neurálgico del Sistema, con una capacidad incomparable para incidir en la dirección del mismo.

En cuanto a los mecanismos de gobernanza creados en las últimas dos décadas, es importante reconocer que han traído resultados significativos en términos epidemiológicos –sobre todo para ciertas regiones y áreas de salud–, sin embargo los



avances en términos generales han sido muy desiguales y selectivos. Básicamente se han centrado en mejorar indicadores respecto al VIH-SIDA, la malaria y la tuberculosis, y en menor grado, en promover estrategias de Salud Materna, Neonatal e Infantil (SMNI), especialmente en la región del África subsahariana. Estos mecanismos han tendido a favorecer y privilegiar los programas de implementación y gerencia vertical por encima de las estrategias horizontales, creando instrumentos de gobernanza enfocados sobre un número reducido de intervenciones sanitarias en torno a enfermedades de 'alto perfil' – principalmente de carácter transmisible– y prestando poca atención al fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS). La mayoría de recursos, tanto los provenientes de estrategias bilaterales y multilaterales como los canalizados a través de APPs, privilegian las soluciones de tipo técnico, como las intervenciones terapéuticas y de prevención personal, dirigidas a grupos poblacionales específicos, sin considerar adecuadamente los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) ni las necesidades específicas de cada país.

Ello ha generado que los principales programas, respaldados e impulsados desde el Sistema, sean de carácter costo-efectivo, lo que permite medir su impacto en términos de rendimiento y mediante variables bien definidas que admitan calcular los avances a través de indicadores –por ejemplo el número de personas recibiendo antiretrovirales, el número de niños vacunados, el número de casos de tuberculosis detectados, etcétera–. Éste enfoque es altamente atractivo para las fuentes de financiamiento, ya que brinda información sobre los resultados derivados de los programas de forma inmediata y cuantitativa, lo que facilita reportar logros y aportes de manera puntual. Esta lógica utilitaria de gestión, basada en principios de *Business like* del mundo empresarial contemporáneo, no sólo se ha convertido en un rasgo distintivo de las principales APPs en materia de salud –incluyendo el Fondo Mundial, GAVI, IAVI, Roll Back Malaria, Stop TB– sino que ha permeando a la mayoría de los mecanismos de gobernanza bilaterales y multilaterales, convirtiéndose en un rasgo distintivo del actual SGGs.

Las críticas que se realizan a este enfoque son cuantiosas. Por un lado, se ha planteado que este tipo de programas han desplazado el financiamiento y la atención de

otro tipo de problemáticas sanitarias más importantes, proveyendo soluciones de corto plazo que generan una mayor dependencia en los países receptores. El debate se ha centrado, esencialmente, en que las estrategias basadas en objetivos de rendimiento, efectividad y resultados inmediatos, no consideran la atención a la salud de manera integral, sino que prefieren privilegiar ciertas enfermedades y grupos poblacionales sobre otros, buscando promover soluciones paliativas a las problemáticas de salud más urgentes, todo ello sin tomar en consideración las causas sociales que determinan el estado de salud de las poblaciones. Como afirma Davies (2010), los programas verticales impulsados por los países en desarrollo, a pesar de que generan importantes avances en torno a enfermedades específicas, tienden a perpetuar las condiciones iniciales que ocasionaron que estas problemáticas de salud se desarrollaran en tal magnitud. En síntesis, los actuales mecanismos no buscan respaldar el desarrollo de sistemas de salud pública de manera que les permitan a los países en desarrollo articular sus propias estrategias sanitarias, necesarias para brindar servicios de salud accesibles y de calidad a su población.

Para ofrecer una atención a la salud de forma integral y a largo plazo, es necesario fortalecer los SNS, universalizar el acceso, promover la educación en salud y asegurar el suministro de medicamentos genéricos. En un escenario de recursos escasos, se vuelve fundamental que las prioridades sanitarias sean establecidas por los propios países en desarrollo, a fin de que puedan asegurar el uso más eficaz de los recursos disponibles en un plazo más largo. De ninguna manera es conveniente centrarse en unas cuantas intervenciones terapéuticas y en la provisión de medicamentos sin prestar atención a la importancia de desarrollar SNS de calidad y de acceso universal. Asimismo, para establecer las prioridades de salud pública, no sólo se debe considerar el abordaje de las problemáticas más llamativas y sencillas en términos de su operación, deben considerarse una amplia gama de problemas como la magnitud de la carga de la enfermedad, la capacidad de los sistemas sanitarios para llevar a cabo las intervenciones y las causas subyacentes de las problemáticas identificadas.

Otra situación especialmente preocupante, es la poca atención que se presta a las enfermedades no-trasmisibles (ENTs) en el SGGs. Actualmente se vive un momento de transición epidemiológica a nivel mundial –a excepción de la región del África subsahariana– en el que las enfermedades no transmisibles (ENTs) han reemplazado a las enfermedades transmisibles como principales causas de mortalidad en la mayoría de países en desarrollo– comer demasiado ha superado al hambre como principal factor de riesgo de enfermedad (IHME, 2013)–. No obstante, como esta transición se relaciona con factores de riesgos vinculados con los cambios en los hábitos de consumo, se han encontrado importantes barreras para la creación de mecanismos de gobernanza dirigidos a abordar estas problemáticas. A excepción del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, los esfuerzos dirigidos a regular la dieta, el consumo de alcohol y otros factores de riesgo que contribuyeron al aumento de la carga de las ENTs, han resultado frustrados debido al intenso cabildero político que ejercen las empresas transnacionales (ETNs) de alimentos y bebidas alcohólicas. Medidas como el impuesto a bebidas azucaradas han sido tomadas de forma unilateral por los países que se han visto más afectados, no obstante, no se ha logrado avanzar en la creación de mecanismos multilaterales dirigidos a regular la industria y las prácticas de comercialización de las empresas a pesar de la gravedad de la situación epidemiológica.

En términos del financiamiento del SGGs –cómo se detalló en el cuarto capítulo– en las últimas dos décadas ha habido un importante incremento en los recursos internacionales destinados al abordaje de las problemáticas de salud a nivel global. La ADS aumentó drásticamente, pasando de 5.7 mil millones dólares en 1990 a 10.8 mil millones en 2001, para prácticamente triplicarse en 2012 pasando a 28.1 mil millones (Moon y Omole, 2013: 7). El acelerado crecimiento alcanzó su pico más alto entre 2007 y 2008, empero, a partir de entonces ha tendido a la baja. Desde el 2010, cuando la crisis financiera global impactó el presupuesto para la cooperación internacional de los países desarrollados, se inició un período de ‘no crecimiento’ a partir del cual los recursos canalizados han disminuido paulatinamente.

Si bien aún no se han medido los impactos de la crisis económica sobre los miles de programas de salud que se llevan a cabo en los países en desarrollo, éste hecho resalta el carácter vulnerable de las iniciativas promovidas así como la falta de sustentabilidad que las define. La mayoría de los programas que se ejecutan cuentan con presupuestos anuales que fluctúan según los compromisos que establezcan las fuentes de financiamiento, sin tomar en consideración el compromiso social de largo plazo que los gobiernos receptores de ayuda tienen para proveer servicios integrales de salud pública a la población (Williams y Rushton, 2011: 2). Ello genera un alto grado de volatilidad e incertidumbre, ya que el desembolso de los recursos es irregular y la información sobre flujos financieros futuros es incierta, lo cual es especialmente perjudicial dentro del sector salud ya que socava los esfuerzos por construir sistemas de respuesta a las enfermedades más coherentes con las realidades locales (Moon & Omole, 2013).

A mediados de la década del 2000, desde algunos círculos académicos se cuestionaron los programas de combate al VIH-SIDA basados en la distribución de antiretrovirales patentados, argumentando que esos recursos darían más provecho desarrollando las capacidades de los países para producir sus propios medicamentos, impulsando campañas educativas masivas e invirtiendo en el desarrollo de los sistemas sanitarios. Hoy en día, ante el inminente fracaso de contención de la pandemia del VIH-SIDA en los países africanos –según la OMS por cada dos personas que reciben tratamiento antirretroviral cinco más se infectan con el virus–, junto a las reducciones en el presupuesto de diversos programas globales de salud, estos cuestionamientos han cobrado un renovado interés. Durante más de una década se han hecho grandes esfuerzos para mejorar indicadores de salud en ciertas áreas clave como las enfermedades transmisibles y la SMNI. A pesar de que estos esfuerzos han brindado resultados positivos, como la disminución de la mortalidad infantil en África subsahariana, es debatible por cuánto tiempo se podrán mantener esos índices positivos sin el aumento en el flujo de la asistencia internacional.

Actualmente, los países desarrollados han respondido a la contracción del crédito y el colapso del sistema bancario mediante la asignación de importantes montos de recursos nacionales para rescatar a las instituciones financieras en dificultades, mientras que sus economías tienden a desacelerar su crecimiento (Maher, 2010). Ante este escenario, se cuestiona su capacidad para mantener sus compromisos financieros con las OIS, las APPS y los programas bilaterales de desarrollo, en un momento en el que están buscando formas de reducir sus gastos corrientes. En este contexto, es particularmente preocupante la situación de EE.UU., país que ha entrado en la presente década sin el predominio político y económico que disfrutaba a principios de este siglo. A medida que la posición fiscal de este país se deteriora y crece la controversia política en torno a la ayuda canalizada hacia los países en desarrollo, se hace evidente que los niveles de ADS no podrán mantenerse tan elevados como hasta entonces. El problema es que ni la Unión Europea –que todavía se está recuperando de la crisis y de la debacle de la deuda griega– ni Japón –que disminuyó su cooperación al desarrollo en un 10.7% en 2009 – parecen dispuestos a llenar el vacío generado por el deterioro de la posición de EE.UU (Fidler, 2010). Para muchos analistas, este escenario pone fin a la `edad de oro´ de la GGS, lo que sin duda trae un claro recordatorio de que el futuro del SGGs y de los problemas de salud más recurrentes a nivel mundial, está íntimamente ligados a la evolución más amplia del sistema económico global (Williams y Rushton, 2011: 5).

Finalmente, es fundamental reconocer que las problemáticas del SGGs no se limitan a los asuntos aquí planteados y que resulta necesario un análisis de mayor extensión. Desde el panorama actual, existen un sinnúmero de problemas de carácter epidemiológico, económico y ambiental que constituyen serias amenazas a la salud pública mundial y que por lo tanto deben ser abordados de manera urgente y sistemática. Problemas de gran envergadura como el debate sobre las patentes a medicamentos esenciales, la resistencia a los antibióticos, los medicamentos falsificados, el aumento de las ENTs relacionadas con el consumo de tabaco y de alimentos, la migración de personal sanitario desde los países en desarrollo a los países desarrollados y el deterioro de los determinantes sociales de la salud relacionados con la degradación ambiental, entre

otros, plantean grandes desafíos que deben ser analizados desde diversas disciplinas incluyendo a las Relaciones Internacionales.

## **ANEXO: MECANISMOS DE GOBERNANZA GLOBAL EN SALUD**

## Roll Back Malaria Partnership

**Creación:** 1998

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** Malaria

**Descripción:** Fue creada por la OMS, el UNICEF, el PNUD y el Banco Mundial actualmente para armonizar los programas de lucha contra la malaria. Su sede central está en las oficinas de la OMS en Ginebra.

**Características:** Está compuesta por más de 500 socios, entre los que se incluyen países endémicos de malaria, agencias de desarrollo bilateral y multilateral, empresas del sector privado, ONGs, organizaciones comunitarias, fundaciones internacionales, e instituciones académicas y de investigación.

**Objetivos:**

- Generar consenso entre los actores clave en el control de la malaria, a fin de armoniza la acción y movilizar recursos para luchar contra la enfermedad en los países endémicos.
- Promover la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y la fumigación de hogares.
- Brindar tratamiento preventivo a mujeres embarazadas.
- Realizar exámenes de diagnóstico y brindar tratamiento contra la malaria

**Fuentes de financiamiento:** Estados, UNOSIDA, diversas organizaciones internacionales, Fundaciones internacionales y empresas privadas



## Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)

**Creación:** 2000

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** Distribución de vacunas

**Descripción:** El mecanismo busca articular la experticia científica de la OMS y el UNICEF, el sistema de recaudación de fondos y el *know how* financiero del Banco Mundial y la red de infraestructura de los sistemas nacionales de salud para promover la vacunación

**Características:** Entre los miembros del consejo directivo la GAVI se encuentran representantes de los gobiernos de países desarrollados y de países en desarrollo, empresas farmacéuticas fabricantes de vacunas, ONGs, institutos de investigación, el UNICEF, la OMS, la Fundación Gates y el Banco Mundial.

**Objetivos:**

- Agilizar el uso de vacunas infrautilizadas y nuevas, así como el uso de las tecnologías asociadas.
- Mejorar la seguridad en el suministro de vacunas.
- Contribuir al fortalecimiento de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar inmunización y otros servicios de salud de una manera sostenible.

**Fuentes de financiamiento:** Estados, Fundaciones Internacionales y empresas del sector privado, incluyendo, Empresas farmacéuticas fabricantes de vacunas.

## Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT)

**Creación:** 2005

**Tipo:** Multilateral

**Prioridad:** Control del consumo del tabaco

**Descripción:** Es el primer instrumento internacional en salud jurídicamente vinculante para todos los miembros de la OMS. Es un tratado antitabaco negociado bajo interés estatalmente pero con la participación de todas las partes interesadas en el tema de control del tabaco.

**Características:** Se enfoca en promover diversas políticas de control del tabaquismo a través de políticas públicas y regulaciones comerciales que los países están obligados a implementar en un marco de tiempo determinado.

**Objetivos:**

- Proteger contra la exposición al humo del tabaco
- Reglamentar el contenido de los productos de tabaco;
- Reglamentar la información divulgada por los productos de tabaco en el empaquetado y etiquetado de los productos.
- Promover la educación, comunicación, formación y sensibilización pública en torno a los efectos nocivos del tabaco
- Regular la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco
- Promover medidas para reducir la demanda

**Fuentes de financiamiento:** Estados

## Stop TB Partnership

**Creación:** 1998

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** Tuberculosis

**Descripción:** Es un mecanismo auspiciado por la OMS, con sede central es en Ginebra. Cuenta con siete grupos de trabajo alrededor del mundo cuya función es coordinar una estrategia mundial de la lucha contra la tuberculosis.

**Características:** Está compuesto por más de mil socios y tiene operaciones en 100 países. Entre los que se incluyen las organizaciones internacionales y técnicas, programas de gobierno, institutos de investigación y procuración de fondos, fundaciones internacionales, ONGs y empresas del sector privado.

**Objetivos:**

- Sensibilizar a la opinión pública sobre la tuberculosis y promover la recaudación de fondos para la prevención, detección, tratamiento e investigación en la enfermedad.
- Asegurar que los pacientes de tuberculosis tengan acceso a un diagnóstico eficaz, tratamiento y cura.

Desarrollar y poner en práctica nuevos métodos de prevención, diagnóstico, herramientas y estrategias terapéuticas para detener la expansión de la tuberculosis, incluyendo el desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas.

**Fuentes de financiamiento:** Estados, OMS, Fundaciones internacionales y empresas privadas

## Global Polio Eradication Initiative (GPEI)

**Creación:** 1988

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** Poliomielitis

**Descripción:** Los principales actores que la conforman son la OMS, el Club Internacional de Rotarios y el UNICEF y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de EE.UU.

**Características:** La Iniciativa fue lanzada por primera vez en 1988 y relanzada en el 2008, teniendo en cuenta el aumento en los casos de polio durante la última década. Después de que en 1996 sólo cuatro países reportaron casos, a partir del 2003, entre 12 y 24 países reportaban entre 1000 y 2000 casos anualmente.

**Objetivos:**

- Detectar e interrumpir la transmisión de todos los virus de poliomielitis, fortalecer los sistemas de inmunización y retirar del sector salud la vacuna oral contra la poliomielitis
- Mejorar la accesibilidad a las vacunas de poliomielitis en los países en desarrollo
- Promover estrategias para reducir el costo de la inmunización rutinaria

**Fuentes de financiamiento:** Estados, organizaciones internacionales, fundaciones internacionales y empresas privadas.

## US President's Emergency Plan For AIDS Relief (PEPFAR)

**Creación:** 2003

**Tipo:** Bilateral

**Prioridad:** VIH-SIDA

**Descripción:** El PEPFAR es la iniciativa de salud global más grande jamás haya sido iniciada por un país de manera bilateral para hacer frente a una enfermedad. Es una de las principales fuentes de financiamiento para programas de VIH-SIDA alrededor del mundo y se centra, principalmente, en la entrega de antiretrovirales.

**Características:** Su sede administrativa está en la Oficina del Coordinador Global de SIDA del Departamento de Estado, tiene como funciones asegurar la coordinación entre los diversos organismos gubernamentales de EE.UU que participan en la respuesta global contra el VIH / SIDA.

**Objetivos:**

- Promover, en colaboración con los países receptores, el tratamiento durante al menos 3 millones de personas afectadas por el VIH-SIDA
- Prevenir 12 millones de casos de nuevos infectados
- Brindar apoyo a 12 millones de personas afectadas por la epidemia, incluyendo 5 millones de huérfanos y niños vulnerables

Apoyar la capacitación de al menos 140 000 nuevos trabajadores de la salud en la prevención y el tratamiento del VIH / SIDA,

**Fuentes de financiamiento:** Gobierno de los Estados Unidos

## World Bank Multi-Country AIDS Program (MAP)

**Creación:** 1999

**Tipo:** Multilateral

**Prioridad:** VIH-SIDA

**Descripción:** Busca promover una respuesta multisectorial a la enfermedad, centrándose en el VIH / SIDA como un problema de desarrollo y mediante la participación de las comunidades locales y el sector privado.

**Características:** Es el programa multilateral de combate al VIH-SIDA. Su principal incidencia es en África y dirige principalmente a crear programas nacionales multisectoriales y descentralizados, con amplia participación del sector privado y las ONGs.

**Objetivos:**

- Fortalecer la respuesta del sector sanitario público a la crisis del VIH / SIDA, mediante el apoyo a las actividades seleccionadas.
- Apoyar la ubicación huérfanos de padres con VIH-SIDA
- Incrementar la capacidad de los organismos públicos y privados involucrados en el diseño e implementación de estrategias dirigidas al control de la enfermedad.  
Aumentar el nivel de coordinación de los proyectos mediante el financiamiento de costos operativos, la asistencia técnica y suministros.

**Fuentes de financiamiento:** Estados y el Banco Internacional para la Reconstrucción y Desarrollo

## The International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)

**Creación:** 1996

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** VIH-SIDA

**Descripción:** Busca ampliar los ensayos clínicos de la vacuna y la investigación, a través de asociaciones con más de 50 entidades, incluyendo centros de biotecnología, empresas farmacéuticas e instituciones gubernamentales y académicas. IAVI se produce en los países en desarrollo, principalmente en África

**Características:** La IAVI realiza investigación trasnacional dirigida al diseño de una vacuna contra el SIDA, a través de la articulación de un equipo científico, constituido principalmente por empresas privadas, dedicado a investigar y desarrollar vacunas que puedan prevenir el VIH-SIDA.

**Objetivos:**

- Acelerar el desarrollo de vacunas para prevenir el VIH y el SIDA.
- Compartir avances de investigación entre diversos actores
- Coordinar esfuerzos de recaudación de fondos para el desarrollo de la vacuna de VIH-SIDA

**Fuentes de financiamiento:** Estados, fundaciones, organizaciones internacionales, empresas

## Global Immunization Vision and Strategy

**Creación:** 2006

**Tipo:** Multilateral

**Prioridad:** Vacunas

**Descripción:** Es una estrategia lanzada por la OMS y UNICEF que pretende controlar la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles a través de la vacunación.

**Características:** Establece un marco estratégico global para la inmunización. Es utilizado como como marco para la aplicación de estrategias de inmunización a nivel regional y nacional.

**Objetivos:**

- Incrementar el número de personas inmunizar contra enfermedades comunes.
- Introducir nuevas vacunas y tecnologías disponibles;
- Integrar otras intervenciones básicas de salud con los programas de inmunización

Gestionar los programas relacionados vacunación a nivel global para asegurar una oferta suficiente de vacunas

**Fuentes de financiamiento:** Estados y organizaciones internacionales



## Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

**Creación:** 1981

**Tipo:** Multilateral

**Prioridad:** Regular la comercialización de productos sucedáneos de la leche materna

**Descripción:** A pesar de no tener un carácter obligatorio, implica un compromiso ético que insta a los países a implementar programas y legislar para regular la comercialización de los sucedáneos de la leche materna.

**Características:** Está dirigido a proteger y fomentar el amamantamiento y cuenta con el respaldo de diversos organismos internacionales incluyendo la OMS, la FAO y el UNICEF.

**Objetivos:**

- Contribuir a proporcionar a los lactantes alrededor del mundo una nutrición segura y eficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia materna .
- Asegurar el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, sólo cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados.
- Regulación la comercialización y distribución de los sucedáneos de la leche materna, los biberones y las tetinas.

**Fuentes de financiamiento:** Estados

## Reglamento Sanitario Internacional (RSI)

**Creación:** 2005

**Tipo:** Multilateral

**Prioridad:** Control epidemiológico

**Descripción:** Es un instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS. Su finalidad es prevenir la propagación internacional de enfermedades a través de diversos mecanismos.

**Características:** A través del RSI se establecen las funciones que deben cumplir los distintos actores que participan en el proceso de control y respuesta a las posibles emergencias de salud pública internacionales.

**Objetivos:**

- Busca proporcionar un marco de actuación para OMS y los Estados miembros, que facilite compartir información sobre los riesgos relacionados con la salud
- Promover un sistema de comunicaciones globales y la cooperación entre múltiples actores para la detección temprana y mitigación de potenciales riesgos sanitarios
- Insta a la creación de un conjunto de mecanismos e instrumentos dirigidos a prevenir y controlar la expansión espacial de enfermedades

**Fuentes de financiamiento:** Estados

## Fondo Global de la lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el SIDA (GFMTS)

**Creación:** 2001

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** VIH-SIDA, tuberculosis y malaria.

**Descripción:** facilita la recaudación y desembolso de fondos para llevar a cabo programas de prevención, tratamiento y atención de VIH-SIDA, tuberculosis y malaria

**Características:** En la actualidad, es la fuente más importante de recursos externos para estas áreas de la salud en los países en desarrollo. Tiene programas en más de 150 países y vincula aproximadamente a 500 actores en una red global de combate a estas enfermedades

**Objetivos:**

- Contribuir a un incremento sustancial en los recursos dedicados a la salud en los últimos diez años, a través de la ayuda al desarrollo y otras fuentes
- Suministrar terapia antirretroviral a personas VIH,
- Dar tratamiento de la tuberculosis mediante el régimen DOTS
- Repartir mosquiteros tratados con insecticida para prevenir la transmisión de la malaria.

**Fuentes de financiamiento:** Estados, organizaciones internacionales, fundaciones, empresas

## International Health Partnership (IHP+)

**Creación:** 2007

**Tipo:** Mecanismo de coordinación

**Prioridad:** Armonizar estrategias entre actores

**Descripción:** Se crea para mejorar la coordinación entre los países donantes y los organismos intergubernamentales en torno a los recursos de ADS canalizados hacia los países en desarrollo.

**Características:** Su concejo central es auspiciado por el Banco mundial y la OMS y cuenta con la participación de 56 actores, incluyendo la mayoría de países en desarrollo y organizaciones internacionales y regionales que trabajan en el sector salud.

**Objetivos:**

- Mejorar la coordinación del financiamiento internacional dirigido a las problemáticas de salud.
- Aplicar los principios de la Declaración de París en el sector de la salud, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos.
- Promover un sistema de GGS más coherente y orientado hacia resultados consensuados

**Fuentes de financiamiento:** Estados y organizaciones internacionales

## Health 8 (H8)

**Creación:** 2007

**Tipo:** Mecanismo de coordinación

**Prioridad:** Armonizar estrategias entre actores

**Descripción:** Busca mejorar las formas de trabajo en y entre las organizaciones para las estrategias de salud relacionadas con los objetivos de desarrollo del Milenio.

**Características:** Es un grupo informal de ocho organizaciones relacionadas que trabajan en el área de la salud global, incluyendo la OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Fondo Mundial, GAVI, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Mundial, creado en 2007 "

**Objetivos:**

- Mejorar la coordinación del financiamiento internacional dirigido a las problemáticas de salud.
- Aplicar los principios de la Declaración de París en el sector de la salud, a fin de evitar la duplicación de esfuerzos.
- Promover un sistema de GGS más coherente y orientado hacia resultados consensuados

**Fuentes de financiamiento:** OMS, UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, Fondo Mundial, GAVI, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Mundial

## H4+ for maternal and child health

**Creación:** 2010

**Tipo:** Mecanismo de coordinación

**Prioridad:** Salud materno-infantil

**Descripción:** Coordinar acciones dirigidas a apoyar a los sesenta países con altas tasas de mortalidad materna y neonatal, y acelerar los avances para salvar la vida y mejorar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.

**Características:** Está integrado por la OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, ONU Mujeres y el Banco Mundial. Está dirigiros a alcanzar para el 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5

**Objetivos:**

- Impulsar estrategias conjuntas direccionadas a mejorar la Salud materno-infantil
- Contribuir a fortalecer los sistemas de salud para proporcionar una mejor atención a la salud materno-infantil
- Identificar las causas mortalidad y la morbilidad de la madre y del recién nacido, incluyendo la desigualdad de género, embarazo adolescente, el bajo acceso a la educación, conocimiento inadecuado de prácticas de salud, entre otros.

**Fuentes de financiamiento:** OMS, UNFPA, UNICEF, ONUSIDA, ONU Mujeres y el Banco Mundial.

## Every Woman Every Child initiative

**Creación:** 2010

**Tipo:** Alianza Público-Privada

**Prioridad:** Salud materna-infantil

**Descripción:** Estrategia Mundial para la promover la salud de las mujeres y los niños con miras a acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la salud.

**Características:** Es movimiento global de más de 250 socios que moviliza e intensifica la acción internacional y nacional de los gobiernos, organismos multilaterales, el sector privado, las entidades de investigación y la sociedad civil para hacer frente a los principales retos de salud que enfrentan las mujeres y los niños en todo el mundo.

**Objetivos:**

- Aumento de la inversión sostenible para los países dirigida a programas de salud materna e infantil
- Acelerar el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio enfocados en la salud neonatal, materna e infantil
- Evitar 33 millones de embarazos no deseados, brindar atención a 120 millones de niños con neumonía y 88 millones de niños con retraso en el crecimiento, avanzar de la lucha contra enfermedades mortales como la malaria y el VIH / SIDA

**Fuentes de financiamiento:** Estados, organizaciones internacionales, fundaciones, empresas

## BIBLIOGRAFÍA

- Barnett, M. N., & Duvall, R. (2005). Power in global governance. In M. N. Barnett & R. Duvall (Eds.), *Power in Global Governance* (p. 368). Cambridge: Cambridge University Press.
- Barnett, M. N., & Finnemore, M. (2005). The power of liberal international organizations. In R. Wilkinson (Ed.), *The Global Governance Reader*. Cambridge: Routledge.
- Birn, A-E. (2005). Gates's Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology. *The Lancet*, 366(9484).
- Brown, T. M., Cueto, M., & Fee, E. (2006). The World Health Organization and the transition from "international" to "global" public health. *American journal of public health*, 96(1), 62–72.
- Buse, K., & Harmer, A. (2004). Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships. *Development*, 47(2), 49–56.
- Cali, B., & Ergun, A. (2003). Global Governance and Domestic Politics: Fragmented Visions. In M. Lederer & P. Muller (Eds.), *Contending Perspectives on Global Governance*. Cambridge: Harvard Law School.
- Chu, M., Rodier, G., & Heymann, D. (2010). Capacity-Building Under the International Health Regulations to Address Public Health Emergencies of International Concern. In *Infectious Disease Movement in a Borderless World : Workshop Summary*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Cueto, M. (2006). Los orígenes de la Atención Primaria de Salud y la Atención Primaria Selectiva de Salud. In M. Cueto & V. Zamora (Eds.), *Historia, salud y globalización*. Lima: IEP EDICIONES.
- Cueto, M., & Zamora, V. (2006). *Historia, Salud y Globalización*. (M. Cueto & Zamora. Victor, Eds.). Barcelona: IEP EDICIONES.
- Davies, S. (2010). *Global Politics of Health* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.
- Dingwerth, K., & Pattberg, P. (2006). How Global and Why Governance? Ambivalences , Blind Spots , and Challenges for a Critical Global Governance Literature. *Global Governance*, 1–8.



- Dingwerth, K., & Pattberg, P. (2009). Actors, Arenas and Issues in Global Governance. In J. Whitman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. LondRES: Palgrave Macmillan.
- Dodgson, R., Lee, K., & Drager, N. (2002). Global Health Governance a conceptual review. *Department of Health and Development, World Health Organization*, (1).
- IHME (2012). *Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?* Seattle: IHME.
- IHME (2013). *LA CARGA MUNDIAL DE MORBILIDAD: GENERAR EVIDENCIA* ,. Seattle: IHME.
- IHME (2013b). IHME Data Visualization Tools en <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
- Farley, J. (2004). *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Oxford: Oxford University Press.
- Fidler, D. P. (2007). Architecture amidst Anarchy: Global Health´ s Quest for Governance. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, I(1).
- Fidler, D. P. (2010). *The Challenges of Global Health Governance. Internations Institutions and Global Governance Program*.
- Fidler, D. P., & Gostin, L. O. (2006). Regulations: An Historic Development for International Law and Public Health. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 85–94.
- Finger, M. (2003). Global Governance through the Institutional Lense. In P. Muller & M. Lederer (Eds.), *Challenging Global Governance: A Critical Perspective*. Cambridge: Harvard Law School.
- Finger, M. (2004). Global Governance through the Institutional Lense. In *Challenging Global Governance: A Critical Perspective*. Berlín: German Foreing Ministry.
- Finkelstein, L. S. (1995). What Is Global Governance? *Global Governance*, 1, 367–372.
- Fischer, J. E., & Katz, R. (2011). *The International Health Regulations ( 2005 ): Surveillance and Response in an Era of Globalization*. Washington, D.C.
- Fort, M. (2005). Introducción: Globalización y salud. In *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público* (p. 78). Barcelona: Paidos.
- Kaiser Family Foundation. (2011). *THE U.S. GLOBAL HEALTH INITIATIVE: A COUNTRY ANALYSIS*.

- Frenk, J., Gómez-dantés, O., & Bustamante, M. E. (2007). La globalización y la nueva salud pública. *Salud Pública México*, 49(2).
- Frenk, J., & Moon, S. (2013). Governance Challenges in Global Health. *New England Journal of Medicine*, 368(10), 936–942.
- Friedrichs, Jorg. (2009). Global Governance as Liberal Hegemony. In J. Whitman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. New Jersey: Palgrave Macmillan.
- Friedrichs, Jörg. (2003). Global Governance as the Transatlantic Project of Civil Society. In P. Muller & M. Lederer (Eds.), *Challenging Global Governance: A Critical Perspective*. Cambridge: Harvard Law School.
- Fundación Gates. (2011). *BUILDING BETTER LIVES TOGETHER, 2011 ANUAL REPORT*.
- Garrett, L., & Alavian, E. H. (2010). Global Health Governance in a G-20 World. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, IV(1).
- Gloyd, S. (2005). Debilitar a los pobres: el impacto de los programas de ajuste estructura. In *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*.
- Harman, S. (2009). The World Bank and Health. In A. Kay & O. D. Williams (Eds.), *Global Health Governance: Crisis Institution and Political Economy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Harvey, D. (2004). *El nuevo imperialismo* (Akal.). Madrid.
- Held, D., & McGrew, A. (2002a). *Governing Globalization: Power, Authority and Global Governance*. London: Polity Press.
- Held, D., & McGrew, A. (2002b). *Globalization/Anti-globalization*. Cambridge: Polity Press.
- Hewson, M., & Sinclair, T. J. (1999). *Approaches to global governance theory*. New York: SUNY Press.
- Heymann, D. (2010). Public Health, Global Governance, and the Revised International Health Regulations. In *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary*. Washington, D.C.: National Academy Press.

- Higgott, R. ., & Phillips, N. (1999). *Global Governance and the Public Domain: Collective Goods in a Post-Washington Consensus Era*. Warwick: : Centre for the Study of Globalisation and Regionalisation.
- Holden, C., & Lee, K. (2011). "A major lobbying effort to change and unify the excise structure in six Central American countries": How British American Tobacco influenced tax and tariff rates in the Central American Common Market. *Globalization and health*, 7(1), 15.
- Hong, E. (2005). El movimiento en favor de la atención primaria de la salud se enfrenta al libre mercado. In *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien público*. Barcelona: Paidós
- IMHE. (2012). *Financing Global Health 2012: The End of the Golden Age?* Seattle: IHME.
- IHME. (2013). IHME Data Visualization Tools en <http://www.healthmetricsandevaluation.org/> (octubre 2013)
- Italian Global Health Watch. (2008). From Alma Ata to the Global Fund : The History of International Health Policy. *Social medicine*, 3(1).
- Kaiser Family Foundation. (2011). *THE U.S. GLOBAL HEALTH INITIATIVE: A COUNTRY ANALYSIS*.
- Kay, A., & Williams, O. (2009). Introduction: The International Political Economy of Global Health Governance. In *Global Health Governance: Crisis Institution and Political Economy* (pp. 1–23). London: Palgrave Macmillan.
- Keohane, R. O., & Nye, J. S. (1977). *Power and interdependence: world politics in transition*. Boston: Little Brown.
- Keohane, R. O., & Nye, J. S. (2002). Introduction. In J. S. Nye & J. D. Donahue (Eds.), *Governance in a Globalizing World*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Kickbusch, I. (2002). Influence And Opportunity: Reflections On The U.S. Role In Global Public Health. *Health Affairs*, 21(6), 131–141.
- Kickbusch, Ilona, Hein, W., & Silberschmidt, G. (2010). Addressing global health governance challenges through a new mechanism: the proposal for a Committee C of the World Health Assembly. *The Journal of law, medicine & ethics : a journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics*, 38(3).

- Kohler-Koch, B. (1996). The Strength of Weakness. The Transformation of Governance in the EU. In S. Gustavsson & L. Leif (Eds.), *The Future of the Nation State*. Estocolmo: Nerius & Santerus.
- Labonte, R., Schrecker, T., Sanders, D., & Meeus, W. (2009). *The G8 , Africa and Global Health. Africa*. Ottawa: International Development Research Centre.
- Latham, R. (1999). Politics in a Floating World: Toward a Critique of Global Governance. In M. Hewson & T. J. Sinclair (Eds.), *Approaches to Global Governance Theory*. Albany: State University of New York Press.
- Lederer, M., & Muller, P. (2003). Introduction: Demarcating the politics of Global Governance. In P. Muller & M. Lederer (Eds.), *Challenging Global Governance: A Critical Perspective*. Cambridge: Harvard Law School.
- Lederer, M., & Muller, P. S. (2005). Introduction: Challenging Global Governance. In M. Lederer & P. S. Muller (Eds.), *Criticizing Global Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Lee, K. (2009). Understandings of Global Health Governance: The Contested Landscape. In *Global Health Governance: Crisis Institution and Political Economy* (pp. 27–37). London: Palgrave Macmillan.
- Lee, K. (2010). Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance : What Role within Intergovernmental Organizations? *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE, III*(2).
- Lee, K., Buse, K., & Fustukian, S. (2002). An Introduction to Global Health Policy. In *Health Policy in a Globalizing World*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Loughlin, K., & Berridge, V. Global Health Governance (2002). Dept of Health & Development World Health Organization.
- McCoy, D., Chand, S., & Sridhar, D. (2009). Global health funding: how much, where it comes from and where it goes. *Health policy and planning, 24*(6), 407–17.
- Meadows, D. (1972). *The Limits to growth; a report for the Club of Rome's project on the predicament of mankind*. New York: Universe Books.
- Moon, S., & Omole, O. (2013). *Development Assistance for Health: Critiques and Proposals for Change* (Vol. 44, pp. 0–53). London.

- Murphy, C. N. (2005). Global Governance: Poorly done and Poorly Understood. In R. Wilkinson (Ed.), *The Global Governance Reader* (Vol. 76, pp. 789–804). New York: Routledge.
- Murray, C. J. L., Anderson, B., Burstein, R., Leach-Kemon, K., Schneider, M., Tardif, A., & Zhang, R. (2011). Development assistance for health: trends and prospects. *The Lancet*, 378(9785).
- Ng, N. Y., & Ruger, J. P. (2001). Global Health Governance at a Crossroads. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, (III), 2.
- Ollila, E. (2005). Global health priorities - priorities of the wealthy? *Globalization and health*, 1(1), 6.
- OMS (1978), Declaración de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud, 1978.
- OMS (2008). *Financial Report World Health Organization 2008*.
- OMS (2010). *Financial Report World Health Organization 2010*.
- Overbeek, H. (2004). Global Governance , Class , Hegemony: A historical materialist perspective. *Political Science*.
- Overbeek, H., Dingwerth, K., Pattberg, P., & Compagnon, D. (2010). Forum: Global Governance: Decline or Maturation of an Academic Concept? *International Studies Review*, 12(4).
- People's Health Movement. (2005). *Global Health Watch*. New York: Zed Books.
- People's Health Movement. (2008). *Global Health Watch 2*. New York: Zed Books.
- People's Health Movement. (2013). *Global Health Watch 3*. New York: Zed Books.
- Porter, T. (2009). Global Governance as Configurations of State/Non-state Activity. In J. Whitman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. New Jersey: Palgrave Macmillan.
- Ravishankar, N., Gubbins, P., Cooley, R. J., Leach-Kemon, K., Michaud, C. M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2009). Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet*, 373(9681).
- Ricci, J. (2009). Global Health Governance and the State: Premature Claims of A Post-International Framework. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, III(1), 1–18.

- Rivers, B. B. (2012). *Donors to the Global Fund: Who Gives How Much?* (Vol. 254). Nairobi:Aidspace.
- Rosenau, J. (1992). Governance, Order and Change in World Politics. In J. Rosenau & E.-O. Czempiel (Eds.), *Governance Without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenau, J. (1995). Global Governance in the Twenty-first Century. *Global Governance*, 1.
- Rosenau, J. (2000). Change, Complexity, and Governance in Globalizing Space. In J. Pierre (Ed.), *In Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*. Oxford: Oxford University Press.
- Rosenau, J. (2002). Governance in a New Global Order. In D. Held & A. McGrew (Eds.), *In Governing Globalization: Power, Authority and Global Governance*. Cambridge: Polity Press.
- Rosenau, J. (2009). Introduction: Global Governance or Global Governances. In J. Witman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Rosenau, J., & Czempiel, E.-O. (1992). *Governance Without Government: Order and Change in World Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruger, J. P. (2006). Toward a theory of a right to health: capability and incompletely theorized agreements. *Yale Journal of Law and the Humanities*, 18(2).
- Ruggie, J. (1975). International Responses to Technology. *International Organizations*, 29(3).
- Ruggie, J. (1993). *Multilateralism Matters: the Theory and Praxis of an Institutional Form* (p. 479). New York: Columbia University Press.
- Sending, O. J., & Neumann, I. B. (2006). Governance to Governmentality: Analyzing NGOs, States, and Power. *International Studies Quarterly*, 50(3).
- Smith, R. D. (2010). The Role of Economic Power in Influencing the Development of Global Health Governance. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, III(2).
- Späth, K. (2003). Inside Global Governance: New Boundaries of a Concept. In P. Muller & M. Lederer (Eds.), *Challenging Global Governance: A Critical Perspective*. Cambridge: Harvard Law School.

- Sridhar, D., Khagram, S., & Pang, T. (2009). Are Existing Governance Structures Equipped to Deal with Today ' s Global Health Challenges - Towards Systematic Coherence in Scaling Up. *Global Health Governance*, 11(2).
- Stevenson, M. a, & Cooper, A. F. (2009). Overcoming Constraints of State Sovereignty: global health governance in Asia. *Third World Quarterly*, 30(7).
- Stuckler, D., Basu, S., & McKee, M. (2011). Global health philanthropy and institutional relationships: how should conflicts of interest be addressed? *PLoS medicine*, 8(4).
- Thakur, R., & Langerhove, L. Van. (2006). Enhancing Global Governance Through Regional Integration. *Global governance*, 12(3).
- The Global Fund. (2010). *THE GLOBAL FUND 2010 INNOVATION AND IMPACT GLOBAL*.
- The Global Fund. (2012a). *STRATEGIC INVESTMENTS FOR IMPACT GLOBAL FUND RESULTS REPORT*
- The Global Fund. (2012b). *Global Fund Annual Report*.
- The Global Fund. (2013). The Global Fund en <http://www.theglobalfund.org>
- Thurow, L. C., Kapur, D., Lewis, J. P., & Webb, R. (1997). The World Bank: Its First Half Century. *Foreign Policy*, (110), 175.
- Tomori, O. (2010). Implementing the Revised International Health Regulations in Resource-Constrained Countries: Intentional and Unintentional Realities. In *Infectious Disease Movement in a Borderless World: Workshop Summary*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Turiano, L., & Smith, L. (2000). the catalytic synergy of health and human rights: the people ' s health movement and the right to health and health care campaign. *Health and Human Rights*, 10(1).
- Ulbert, C. (2011). Influence through Affluence? Conceptualizing Private Foundations as Agents of Change. Duisburg: Cornelia Ulbert Institute for Development and Peace (INEF), University of Duisburg-Essen.
- Väyrynen, R. (2005). Political Power , Accountability , and Global Governance. (R. Zimmerling, Ed.) *Globalization and Democracy*, 1.
- Vivó, L. A. (2009). La contribución de las autoridades privadas a la gobernanza global: las élites empresariales en las iniciativas de responsabilidad social de la empresa. Institut Universitari d'Estudis Europeus.

- Weiss, T. (2000). Governance, good governance and global governance: conceptual and actual challenges. *Third World Quarterly*, 21(5).
- Weiss, T., & Kamran, A. (2009). Global governance as international organization. In J. Whitman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. London: Palgrave Macmillan.
- Werner, D., & Sanders, D. (1997). *Questioning the solution: The politics of Primary Health Care and Child Survival*. Palo Alto HealthWrights.
- Whitman, J. (2009). Global Governance as Sector-Specific Management. In J. Whitman (Ed.), *Palgrave Advances in Global Governance*. New York: Palgrave Macmillan.
- Williams, O. D., & Rushton, S. (2011). Are the “ Good Times ” Over? Looking to the Future of Global Health Governance. *GLOBAL HEALTH GOVERNANCE*, V(1).
- Williams, O., & Rushton, S. (2009). Global Health Governance as a contested space: competing discourses , interests and actors. UK: Centre for Health and International Relations.