

De Alma Ata al Fondo Global. La historia de las políticas internacionales de salud

Observatorio Global de Salud Italiano

Los fondos internacionales son como las estrellas en el cielo, las puedes ver, admirar, puedes apreciar su abundancia... pero no tocarlas

Funcionario del Ministerio de Salud de Malawi

Resumen

Este artículo analiza la evolución de las políticas de salud y las instituciones de salud globales. Empieza con el nacimiento de la Organización Mundial de la Salud, el establecimiento del objetivo de “Salud para Tod@s” en la conferencia de Alma Ata en 1978 y el surgimiento de las políticas neoliberales promovidas por las instituciones financieras internacionales de 1980 al presente. Revisa diferentes temas relacionados con las asociaciones público-privadas y el establecimiento del Fondo Global para combatir al SIDA, la tuberculosis y la malaria. Por último, reflexiona sobre la influencia que el Fondo Global tiene en los sistemas de salud de los países pobres.

1. El nacimiento de la Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue establecida formalmente en junio de 1948 como una agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas. Esta organización surgió de la unificación de tres agencias internacionales diferentes preocupadas por la higiene, la salud

pública y las emergencias en salud, es decir, la Oficina Internacional de Higiene Pública (ubicada en París), la Legión de las Organizaciones Nacionales de Salud (Ginebra) y la

Administración de las Naciones Unidas para el Alivio y la Rehabilitación (Nueva York). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (establecida en 1901) jugó el papel de la Oficina Regional Americana de la OMS. En los años sesentas y setentas la dirección de la OMS estuvo influenciada por los eventos políticos relacionados con el surgimiento de la descolonización de las naciones africanas, los movimientos nacionalistas y socialistas (fundamentalmente apoyados por países no-alineados) y las nuevas teorías sobre el crecimiento socioeconómico a largo plazo (en lugar de las intervenciones técnicas de corto plazo). Incluso en los Estados Unidos de América ocurrió un cambio de aires después de la victoria electoral de partidarios de enfoques más liberales y la afirmación de los derechos civiles.

En este contexto, se desarrolló la estrategia de la Atención Primaria de la Salud para abordar problemas de atención de la salud básicos no resueltos (como la malaria), reforzar estructuras sanitarias, especialmente en áreas rurales, y apoyar el desarrollo económico y social. Halfdan Mahler, Director General de la OMS (1973 -1988) apoyó fuertemente este enfoque y convocó a una conferencia internacional.¹

2. La conferencia de Alma Ata

Así, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud se llevó a cabo en Alma Ata, la capital de la entonces República Soviética de

Institucion: *Observatorio Global de Salud Italiano*
Para correspondencia:
Dr Gavino Maciocco, Presidente, OISG, Via Borselli
4-6, 40135 Bologna, Italia,
E-correo: gavino.maciocco@unifi.it
Pagina web: <http://www.saluteglobale.it/>
Conflictos de interes declarados: ninguno

Kazajistán, en septiembre de 1978. Éste se constituyó en un evento histórico por varios motivos: se reunieron, por primera vez en la historia representantes de todos los países del mundo con el fin de definir una estructura de referencia para la promoción de atención de la salud para todos. Además, era también la primera vez que los problemas sanitarios de los países más pobres (muchos de los cuales habían estado bajo regímenes coloniales opresivos) eran seriamente considerados. En esta conferencia fueron fuertemente vinculadas las necesidades sanitarias con el desarrollo. Se trataba de un momento particularmente oportuno para reafirmar la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad” y como un derecho fundamental del ser humano. Además, se vio al acceso al nivel más alto de salud como un objetivo social de interés mundial extremadamente importante, que presupone la participación de numerosos sectores sociales y económicos, no nada más del sector salud.

La Conferencia generó un documento rico en recomendaciones y una Declaración solemne que resumía las indicaciones principales derivadas de la Asamblea². Un mensaje político fuerte y significativo fue la definición del concepto de Atención Primaria de la Salud:

La Atención Primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación(...) Forma parte integral tanto del sistema de salud de los países (se constituye como su función central y foco principal) así como del desarrollo económico y social general de la comunidad (...) Incluye, por lo menos: educación referente a los problemas de salud predominantes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; la promoción del suministro de alimentos y una nutrición adecuada; un abastecimiento adecuado de agua segura y sanidad básica; atención médica materna e

infantil, que incluya la planeación familiar y la inmunización en contra de las enfermedades infecciosas más importantes; la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de enfermedades y lesiones comunes y el suministro de los medicamentos esenciales. (...) Además del sector salud, involucra a todos los sectores y aspectos del desarrollo nacional y comunitarios relacionados. Particularmente a: la agricultura, la cría de animales, la industria de alimentos, educación, vivienda, obras públicas y otros sectores. Además, demanda un esfuerzo coordinado de todos estos sectores.

3. La Atención Primaria de la Salud: Atención selectiva vs atención incluyente. La “contrarrevolución”.

No había pasado ni un año desde el evento llevado a cabo en Alma Ata (en el que las conclusiones habían sido aceptadas de manera unánime) cuando se publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* titulado: “La atención primaria selectiva: una estrategia provisional para el control de la enfermedad en los países en vías de desarrollo”³. El principio propuesto en la Conferencia que planteaba que el enfoque “incluyente” era, de manera teórica, la solución más justa a los problemas de atención a la salud en los países más pobres, fue cuestionado por el Banco Mundial (BM) debido a que los costos de este enfoque se estimaron demasiado altos (entre 5.4 y 9.3 mil millones de dólares para el año 2000). Por lo tanto, se planteó el aplazamiento de tal propuesta. En su lugar, se sugirió luchar en contra de un número específico de enfermedades. Es decir, concentrarse en intervenciones específicas que (de acuerdo a los autores) serían más rentables: vacunaciones, la promoción de un período de amamantamiento más prolongado, actividades en contra de la malaria y la rehidratación oral.

Este artículo, escrito por J.A. Walsh y K.S. Warren, no fue sólo un ejercicio académico de dos distinguidos investigadores de la Fundación Rockefeller, sino que representó el inicio de un movimiento (llamado Atención Primaria de la Salud Selectiva), que señala una dirección opuesta a la declaración de Alma Ata.

La UNICEF (a pesar de que había sido co-promotora de la Conferencia) no tuvo dificultad alguna en asumir tal movimiento con el lanzamiento (1982) de la campaña llamada: “Una Revolución Infantil”.⁴ Centrada en el entendimiento de la necesidad de concentrarse en cuatro objetivos rentables: la rehidratación oral para combatir la diarrea, las vacunaciones, la promoción del amamantamiento y el uso sistemático de la tabla de crecimiento (que sustituiría a la terapia en contra de la malaria en la lista de prioridades, ya que ésta se consideraba demasiado costosa).

A partir de este momento, las organizaciones internacionales adoptaron la “Atención Primaria de la Salud Selectiva” como su estrategia, a pesar de ser confrontadas con la evidencia que indica que los determinantes de progreso y la mejora en la salud de cualquier población trascienden el combate en contra de una o dos enfermedades.

En abril de 1985, la Fundación Rockefeller organizó en Bellagio una reunión titulada “Buena Salud a Bajos Costos”, a esta reunión asistieron funcionarios, economistas y demógrafos de China, Sri Lanka, Costa Rica y Kerala (India). Estos cuatro países cuentan con un producto nacional bruto bajo y recursos destinados a la atención médica reducidos y, sin embargo, han sido capaces de generar buenos resultados en términos de la salud de la población.⁵ Después de haber examinado los resultados presentados en la conferencia, los participantes adoptaron de manera unánime las siguientes recomendaciones:

Los cuatro Estados que han obtenido “buena salud a bajos costos” han demostrado tener un compromiso político y social claro con la distribución equitativa del ingreso en sus sociedades. Además de este compromiso, parece ser que otros tres factores jugaron un papel determinante en su éxito (demostrado por la disminución marcada de la mortalidad infantil y la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años de edad y la mayor esperanza de vida al nacer, niveles que se aproximan a los de países desarrollados). Estos factores llevaron a los participantes a dar las siguientes recomendaciones para los programas de desarrollo de otros países: distribución equitativa

del ingreso, acceso a servicios de salud pública para todos y una atención primaria a la salud reforzada por servicios secundarios y terciarios; un sistema educativo accesible para todos (especialmente a nivel primario) con la posibilidad de continuar a niveles secundarios y terciarios, seguridad alimentaria y una nutrición adecuada para todos los niveles de la sociedad.”⁶

Estas recomendaciones, derivadas del reporte de la conferencia (y que tenían un carácter algo académico), fueron fácilmente olvidadas debido a que la elección política ya había sido llevada a cabo (en Nueva York, Londres y Ginebra) a favor de intervenciones focalizadas y programas verticales, que marcaron la cooperación de salud internacional por décadas. El Prof. Andrew Green del Instituto para la Salud de Nuffield, Leeds, Reino Unido, escribió:

El enfoque de programas verticales se opone a la idea de servicios integrados de Atención Primaria a la Salud. El empleo de criterios definidos de manera central para seleccionar los problemas a ser enfrentados reduce la posibilidad del involucramiento de las poblaciones en la elección de las prioridades. Todo esto implica un retorno a un modelo médico de salud que ignora la importancia del desarrollo en el sentido amplio, además, a nivel práctico, esta estrategia no toma en cuenta la necesidad de reforzar o construir infraestructura adecuada, sin la cual los programas no pueden tener éxito.⁷

De acuerdo al fallecido Professor K.W. Newell, de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool:

La Atención Primaria a la Salud Selectiva es una amenaza y ha de ser considerada una contrarrevolución. Es una forma de feudalismo sanitario con efectos destructivos, en lugar de ser una alternativa, resulta atractivo para los profesionales, las agencias financiadoras y los gobiernos que buscan resultados a corto plazo, pero es una mera ilusión.⁸

4. El eclipse de la OMS y la dominación del Banco Mundial

4.1. La recesión económica de los 80s y las políticas de “Ajuste Estructural”

La crisis petrolera de los años 70s y 80s, seguida por la Guerra israelí-árabe (1973) y la revolución en Irán, tuvieron efectos profundamente negativos en la economía mundial, lo que afectó seriamente las economías de los países importadores de petróleo. Además, las medidas adoptadas para lidiar con el costo aumentado de la energía y la inflación que ocasionó, que dispararon un período de grave recesión. Para los países en vías de desarrollo, que en los sesentas habían alcanzado un crecimiento económico significativo, las consecuencias fueron doblemente devastadoras debido a que el precio aumentado del petróleo (y otros productos importados de países industrializados) se sumó a la caída de los precios de sus principales artículos de exportación (mercancías primarias), causada por una depresión internacional de la demanda. La recuperación del shock petrolero fue bastante rápida en los países industrializados. En el caso de algunos países, principalmente asiáticos: Corea del Sur, Taiwán y Singapur, fue la oportunidad para reestructurar sus economías y aumentar la producción interna con fines de exportación. En cambio, para la mayor parte de los países más pobres (especialmente africanos) con estructuras políticas, sociales y económicas frágiles y vulnerables, el shock petrolero fue el primer signo de un largo, y aún actual, período de crisis, pobreza aumentada y deuda. La fórmula elaborada por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Ministerio de Finanzas de los Estados Unidos (el llamado “Consenso de Washington”) durante los años ochenta para la “recuperación” o el “ajuste estructural” de los países más pobres y endeudados (y las condiciones contractuales para la obtención de créditos) fue simple, implacable y coherente con las políticas neoliberales dominantes en los EU y Gran Bretaña en esa época. Estas osadas recomendaciones incluyeron: recortes drásticos en el consumo y gasto públicos (implicando a servicios como salud y educación) con el fin de reducir la inflación y la deuda pública, la privatización en todos los sectores y la descentralización y una menor participación de los gobiernos centrales.

Se le dio poca consideración a los fácilmente predecibles efectos catastróficos de los niveles educativos y sanitarios, que se deterioraron sobre la base fundamental para cualquier desarrollo

futuro posible en estos países (sumados a la tragedia de la epidemia de VIH-SIDA que entró a escena en ese periodo).

En 1987, el Banco Mundial publicó un primer documento totalmente dedicado a la salud⁹, que es un apéndice técnico de la política de ajuste estructural. El texto contenía una serie de prescripciones para la reestructuración de los servicios sanitarios en los países en vías de desarrollo -obviamente obligatorias para la mayoría de los países endeudados. El documento constaba de cuatro capítulos, cada uno con una directiva-directriz-pauta específica:

1. Imponer cuotas a los servicios médicos (justificada de la manera siguiente: “...*el enfoque más común en los países en vías de desarrollo era considerar que la atención sanitaria es un derecho de todos los ciudadanos y, por lo tanto, es brindado de manera gratuita. Esta aproximación, generalmente, no funciona*”)
2. Promover la privatización de los servicios médicos.
3. Promover los programas de seguros médicos privados.
4. Descentralizar la administración de la atención sanitaria.

Estas cuatro directivas están fuertemente vinculadas. La introducción de cuotas en las estructuras gubernamentales no sólo es una manera de hacer pagar a los usuarios, sino que también es esencial para la promoción de los sistemas de seguros médicos. Por otro lado, sin un sistema de seguros los hospitales gubernamentales no pueden aplicar suficientes tarifas para cubrir los costos. La privatización de los servicios y la descentralización de los programas son los otros dos componentes esenciales de la estrategia propuesta, claramente dirigida a reducir al mínimo el papel del gobierno en la atención médica, dejando así espacio libre para los sistemas de atención privados y los seguros médicos. Los efectos negativos de las políticas de ajuste estructural fueron evidentes muy rápida y dramáticamente. Al mismo tiempo, en su reporte anual de 1989 la UNICEF denunció al ajuste estructural (“*inhumano, innecesario, ineficiente*”)¹⁰ como la causa del empeoramiento de las condiciones de salud y de vida (“*por lo*

menos medio millón de niños han muerto en los últimos 12 meses como consecuencia de las crisis económicas que han envuelto a los países en vías de desarrollo”).

4.2 El eclipse de la OMS.

En 1988 fue elegido como Director General de la OMS un investigador japonés, Hiroshi Nakajima. Debido a un número de factores, sólo parcialmente vinculados al bajo perfil del nuevo director (exactamente lo opuesto a su predecesor, H. Mahler)^{11, 12, 13} su elección marcó el comienzo de una década de crisis graves en la institución. La falta de una guía influyente en la cúpula de la OMS agravó una serie de problemas:

Un presupuesto congelado y el conflicto entre la OMS y los EU: A partir de 1980 el presupuesto de la OMS permaneció inalterado, perdiendo valor de manera progresiva debido a la inflación. No obstante, Nakajima duplicó el número de empleados a nivel directivo y los EU retuvieron los fondos de manera repetida. El gobierno americano estaba molesto por la administración de Mahler, que se atrevió a promover el Código Internacional de Sustitutos de Leche Materna (una acción que fue interpretada como un ataque al mercado libre) y el lanzamiento del Programa de Medicamentos Esenciales (ferozmente opuesto por la industria farmacéutica).

El financiamiento de programas a través de fondos extra presupuestales: Al mismo tiempo que el presupuesto ordinario de la OMS (establecido por representantes de cada país en la Asamblea Mundial de la Salud) estaba reduciéndose cada vez más y, por lo tanto, socavando el papel institucional de la organización, por los programas estaban siendo financiados por medio de fondos extra presupuestales proporcionados por varios donantes, a saber: las naciones más ricas y las agencias multilaterales como el Banco Mundial. A principios de los 90s, los fondos extra presupuestales representaban el 54% de presupuesto total de la OMS, tales financiamientos generaron programas “verticales”, como el del SIDA, o el de la cobertura universal de vacunación, en los que las decisiones eran realizadas por los donantes y, por lo tanto, se

encontraban fuera del control de la Organización. Este enfoque fue justificado por los donantes argumentando baja eficiencia y falta de confianza en la dirección interna de la OMS. Se dijo que era

mejor brindar financiamientos separados, dirigidos directamente a los programas importantes. Sin embargo, ya era claro que tales programas no estaban funcionando, especialmente los programas de vacunación fundados principalmente por la UNICEF y otros socios como *Rotary International*. Al final de la década de los ochentas se hicieron esfuerzos inmensos para lograr la cobertura máxima en los países más pobres, gracias a los generosos incentivos otorgados a los empleados locales para lograr tales metas. Los resultados fueron geniales, pero efímeros. En 1990, Ghana logró una cobertura de inmunización de niños del 100%, para luego regresar a los niveles anteriores del 40-50% al ser reducidos los incentivos. Una situación similar ocurrió en Nigeria: una cobertura máxima del 70% en 1990 y para 1994 menos del 20%.

4.3 La trampa médica de los pobres.

En 1993, el Banco Mundial tituló su reporte anual: *Invertir en Salud*¹⁴. Para la redacción del documento fue recrutando un muy bien pagado equipo de expertos internacionalmente renombrados, lo que logró la espectacular entrada del Banco Mundial como la principal institución financiera en el campo de la salud, hecho que ocasionó un mayor deslustre y oscurecimiento del papel de la OMS (institución que ya había sido previamente desacreditada).¹⁵ El reporte trataba dos temas técnico-científicos importantes:

1. la definición y el cálculo económico del paquete de servicios clínicos esenciales y las intervenciones de salud pública que los gobiernos deben asegurar al total de su población.
2. la introducción de un nuevo indicador para medir el estado de salud de un país: los AVAD (Años de Vida Ajustados en Función de la Discapacidad). Los AVAD miden la carga de las enfermedades de una comunidad, combinando dos indicadores diferentes: la pérdida de vida debido a muerte prematura y la pérdida de vida sana debido a discapacidad. El papel de estas

variables era medir el costo de las intervenciones de prevención y/o cura de enfermedades específicas, para luego usar este instrumento de evaluación en la asignación de recursos y la definición de prioridades.¹⁶

Este tipo de aproximación selectiva de la Atención Primaria de la Salud echó más leña al fuego y confirmó la hostilidad del Banco Mundial en contra de la Conferencia de Alma Ata. A pesar de las recomendaciones de los expertos del Banco Mundial en el documento *Invertir en Salud*, la salud en los países más pobres, especialmente en los del África subsahariana, se precipitó a un abismo. La cuota del Producto Nacional Bruto (PNB) destinado a la salud disminuyó¹⁷ y cayó aún más la cantidad gastada en servicios públicos: \$2-3 *per capita*, hasta \$7-8 (cantidad bastante lejana de los \$14 recomendados por los expertos para financiar el paquete de intervenciones esenciales de salud). Además, ocurrió una inundación de privatización dentro de las, de por sí desmoronadas, estructuras públicas y, sobre todo, afuera, donde el mercado de atención médica privada era próspero, un mercado basado en la venta de fármacos disponibles en todos lados: en clínicas privadas, farmacias, puestos del mercado y en cualquier esquina, en las que las medicinas estaban a menudo caducas o falsificadas y casi siempre distribuidas por gente no registrada. Las razones de este auge de medicamentos quedó claro prontamente: la falta de acceso a los servicios privados formales y demasiado costosos (hospitales, centros de salud, públicos y privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro; todos los cuales requerían de pagos) forzó a la mayoría de las personas a dirigirse a cualquier instancia que pudiera brindar atención sanitaria a cambio de las pocas monedas en sus bolsillos. La atención más simple era una pastilla o una inyección.

En las últimas dos décadas, el esfuerzo para reformar los sistemas de atención médica basados en el mercado ha sido intensificado en todo el mundo, abarcando desde el norte hasta el sur, del este al oeste. El "modelo global" de los sistemas de salud, tal como es apoyado por el Banco Mundial, promueve la privatización de los servicios y el incremento de la financiación de los

servicios privatizados por medio de la aplicación de cuotas a los usuarios por todos los tratamientos. Esto debilita los servicios públicos básicos y es una amenaza clara a la equidad en países con un sistema de bienestar sólido en Europa y Canadá, mientras que, por otro lado, constituye un peligro inminente para los frágiles sistemas de los países de ingresos medios y bajos. Estas dos tendencias: la introducción de las cuotas a los usuarios en los servicios públicos y el aumento de los gastos en el bolsillo por los servicios privados, en combinación, representan una verdadera trampa de pobreza.

Este hecho constituye la introducción de un importante artículo publicado en *Lancet*¹⁸ escrito por Margaret Whitehead (profesora de salud pública en la Universidad de Liverpool y consultora del gobierno británico), Goran Dahlgren (Director del Instituto Nacional de Salud Pública en Estocolmo) y Timothy Evan (Director de la División de Equidad en Salud de la Fundación Rockefeller en Nueva York). Los autores presentan una lista impresionante de consecuencias causadas por las políticas sanitarias del Banco Mundial en los países más pobres, resumidas en cuatro categorías: 1) enfermedades no tratadas, 2) acceso reducido a la atención, 3) uso irracional de medicamentos y 4) empobrecimiento a largo plazo. Las consecuencias más serias a nivel social y de desarrollo son: 1) por medio de la compra de atención médica la gente hace peligrar a largo plazo su existencia, ya que los costos médicos son generalmente obligatorios y 2) las familias se endeudan, se ven forzadas a vender sus bienes (terrenos o animales) o a abstenerse de realizar otros gastos vitales como la educación infantil. El impacto social negativo de las cuotas a los usuarios de atención médica es mayor que en otros sectores de la vida debido a que estos gastos no son previsibles y el total del costo del tratamiento permanece impredecible y desconocido hasta el final.

5. Las Asociaciones Público-Privadas (APP)

En 1998, cuando la credibilidad y el prestigio de la OMS se encontraban al nivel más bajo, fue elegida como Directora General la Primer Ministro de Noruega, Gro Harlem Brundtland. Su elección detuvo el deterioro de la Organización y

volvió a poner el tema de la salud en la agenda política internacional. Algunas iniciativas logradas durante su dirección incluyen la publicación del Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000 en dónde se establecieron criterios de evaluación para los sistemas sanitarios (sujetos a discusión); la creación de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, presidida por el Prof. Jeffrey Sachs y la adopción del “Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”. Sin embargo, la política adoptada por la dirección de Bruntland no fue significativamente distinta a la del Banco Mundial. El plan de trabajo de la OMS había sido claramente adoptado del reporte del BM “Invertir en Salud”⁹ de 1993. Durante los cinco años de su administración (1998-2003) hubo una proliferación de actividades financiadas por mecanismos extra-presupuestales, por medio de las cuales se lograron rápidamente números más elevados que los de las actividades financiadas con el presupuesto regular de la OMS (\$1,400 m vs. \$800 m en 2002). Los siguientes programas fueron financiados por asociaciones privadas y públicas (APP): Proyecto de Pares Europeos sobre la Dependencia en el Tabaco (*European Partnership Project on Tobacco Dependence*), la Alianza Global para el Desarrollo de Medicamentos contra de la Tuberculosis (*Global Alliance for TB Drug Development*), la Alianza Global para la Eliminación de la Filiarisis Linfática (*Global Alliance to Eliminate Lymphatic Filariasis*), la Alianza Global para la Eliminación de la Lepra (*Global Alliance to Eliminate Leprosy*), la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*), La Eliminación Global del Tracamo que causa la Ceguera (*Global Elimination of Blinding Trachoma*), el Grupo de Pares Global para Combatir el Fuego (*Global Fire Fighting Partnership*), el Grupo de Pares para un Envejecimiento Saludable (*Global Partnerships for Healthy Aging*), La Iniciativa Global para la Erradicación de la Polio (*Global Polio Eradication Initiative*), la Iniciativa para la Salud Escolar Global (*Global School Health Initiative*), la Iniciativa Multilateral para la Malaria (*Multilateral Initiative on Malaria*), Medicinas para la Empresa de la Malaria (*Medicines for Malaria Venture*), la Alianza para el Control de Parásitos (*Partnership for Parasite Control*), Hacer Retroceder a la Malaria (*Roll Back*

Malaria), Detener la TB (*Stop TB*), SIDANU/Industria Iniciativa para el Acceso a Medicamentos (UNAIDS/Industry Drug Access Initiative).

Entre éstas, la empresa más prominente fue la donación realizada por la Fundación Bill y Melinda Gates en septiembre del 2002. Consistió en \$2.8 mil millones, de los cuales \$750 millones fueron destinados a la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, una APP en la que la OMS tenía un papel muy marginal. En otra APP, *Roll Back Malaria*, con más de 80 socios de organizaciones bilaterales, multilaterales, ONGs y privadas (incluidos el Banco Mundial, la Fundación Gates, Amref, Bayer, Novartis, ENI y el gobierno italiano), en la que la OMS tenía un rol dominante. Sin embargo, la multiplicidad de actores ocasionó serios problemas de administración y gobernabilidad, tanto en el centro como en la periferia, por lo que la propia OMS decidió establecer un instituto autónomo para la malaria: el Programa Mundial Contra la Malaria.¹⁹ Cómo ya ha sido señalado, las APP (la última moda en la programación vertical) causan más problemas de los que resuelven. Este hecho es desarrollado con más detalle por Gavin Yamey, el autor de una serie de artículos sobre la OMS publicados en el *British Medical Journal* en el 2002 (véanse las referencias 19 y 20).

6. La pandemia de SIDA y el Fondo Global

En 2001, 148 académicos de la Universidad de Harvard denunciaron el hecho de que en el África subsahariana (un área en la que 25 millones de personas se encontraban infectadas de HIV o enfermas de SIDA y en la que la enfermedad causaba 2.2 millones de muertes anuales) menos de 40,000 personas recibían tratamiento antirretroviral. Andrew Natsios, el entonces director de USAID (*U.S. Agency for International Development*), proclamó su oposición a la distribución de medicamentos antirretrovirales en África sobre la base de que sus habitantes eran incapaces de tomarlos en intervalos regulares, ya que no tenían relojes ni una correcta cognición del tiempo.²⁰ Este fue el nivel de atención otorgado a la pandemia de VIH-SIDA y su impacto trágico en el continente africano a principios del nuevo milenio, seis años después de la introducción

exitosa del tratamiento de antirretrovirales en los países ricos. Sin embargo, una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York titulada “Crisis Mundial- Acción Mundial” (llevada a cabo del 25-27 de junio del 2001) logró cambiar las cosas:

Figura 1: Fuente: El Fondo Mundial

Nosotros, los dirigentes de los Estados y los gobiernos presentes en la 26ª Asamblea General de la ONU, estamos de acuerdo en que existe una necesidad urgente de reexaminar y confrontar el problema del VIH-SIDA en todos sus aspectos, asegurando el compromiso mundial con el perfeccionamiento y el crecimiento de la coordinación e intensificación de los esfuerzos realizados a nivel nacional, regional e internacional para combatir a este fenómeno y a todos sus componentes.

Estas palabras introducen el documento final de la sesión especial de la Asamblea. En él se indicó \$7-10 mil millones de dólares como la cantidad anual que la comunidad internacional debe destinar para el combate adecuado de la “crisis mundial”, El secretario general de la ONU, Kofi Annan, dio a la institución de manera personal, fuera de la ONU, un fondo especial para el VIH/SIDA abierto a gobiernos, el sector privado, fundaciones e individuos en una “nueva asociación”.

Unas semanas después, la junta final de la Cumbre del G8 aprobó la institución de un fondo especial dedicado al VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, “El Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria”, este Fondo Global fue formalmente establecido el 29 de enero del 2002 en Ginebra. Su objetivo era “atraer, administrar y destinar recursos añadidos a través de una nueva asociación público-privada para otorgar una contribución significativa y sustentable a la reducción del contagio, la enfermedad y la mortalidad causadas por el HIV/SIDA, la tuberculosis y la malaria; mitigar su impacto en países necesitados y ayudar a la reducción de la pobreza como parte de los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”

6.1. El Fondo Global: sus funciones y estructura.

El Fondo Global (www.theglobalfund.org) es una agencia financiadora y no una entidad de implementación o administración de proyectos, recibe fondos de donantes públicos (93% de gobiernos) y de privados, principalmente de Bill Gates (7%) y destina fondos a proyectos que son desarrollados localmente por organizaciones privadas y públicas. A nivel nacional, la selección de proyectos se lleva a cabo a través de los Mecanismos de Coordinación de País (MCP). Éste es un cuerpo colegiado compuesto de representantes de gobiernos, universidades, instituciones bilaterales y multilaterales, ONGs y organizaciones privadas y pacientes. A nivel central, la evaluación de proyectos es llevada a cabo por un grupo de expertos (el Panel de Revisión Técnica, PRT), cuyas recomendaciones son utilizadas por la Junta Directiva en la toma de decisiones sobre la viabilidad de los proyectos. La Junta Directiva del FM está compuesta de

representantes de países donantes y beneficiarios, ONGs, organizaciones privadas y comunidades afectadas. Hay 20 miembros (la única vacante actual es Italia), más representantes no votantes de instituciones multilaterales: OMS, UNAIDS y el Banco Mundial (que actúa como el Banco Fondo Global). Actualmente la administración del Fondo Global está a cargo de una Secretaría compuesta de 238 personas bajo el liderazgo del recién reconfirmado director ejecutivo Richard Feacham (Gran Bretaña), que está por ser seguido por Michel Kazatchkine (Francia). La propuesta de proyectos es convocada de manera anual, la 7ª ronda del FM fue abierta el 1º de marzo del 2007 y tiene como fecha límite de presentación de propuestas el 4 de julio del 2007.

6.2. El FM: los resultados.

El documento más reciente del FM (febrero del 2007), *Partners in impact. Result report*, brinda los siguientes datos: desde el momento de su institución (31 de diciembre del 2006) el FM había firmado acuerdos y compromisos de financiamiento por un total de \$5.3 mil millones de dólares, para 410 proyectos en 132 países. En más de tres años, el FM había destinado \$3.5 mil millones de dólares (de manera exacta \$3,527,176,186) para febrero, 2007. **Figura 1.** El 1º de diciembre del 2006, 770,000 personas estaban en tratamiento antirretroviral, 2 millones estaban bajo el tratamiento contra la tuberculosis y habían sido distribuidos 18 millones de mosquiteros tratados con insecticidas para proteger a las familias contra de la malaria. **Figuras 2 y 3.** Como consecuencia de estos resultados, el reporte del FM afirma que para el 31 de enero del 2007 se habían salvado 1,460,000 vidas (3,000 diarias). El desglose de fondos para las tres enfermedades fue el siguiente: 56% para SIDA, 28% para la malaria y 16% para la tuberculosis. Los fondos del FM fueron asignados a gobiernos (59%), ONGs (30%), agencias multilaterales (9%) y privados- (2%). Cubrieron los siguientes sectores: prevención (33%), tratamiento (44%), asistencia y apoyo (7%), administración (7%), fortalecimiento del sistema sanitario (6%), monitoreo y evaluación (1%) y otros (2%). **Figura 4.**

Surge entonces la pregunta: ¿Funciona el FM o no? ¿Cómo pueden ser evaluados estos resultados en términos de recursos gastados (inversión-insumo), servicios brindados (rendimiento-producto-salida) y

los resultados en salud logrados. Con la intención de responder a estas preguntas examinaremos de manera particular al HIV/SIDA, la enfermedad que ha absorbido la mayor parte de los fondos del FM.

INSUMOS. El objetivo financiero recomendado al final del documento de la Asamblea Especial de la ONU, en junio del 2001, para la campaña en contra del SIDA fue de \$ 7-10 mil millones de dólares anuales. Entonces, los fondos gastados por el FM de manera efectiva fueron en promedio un poco mayores que mil millones de dólares por año para las tres enfermedades. De éstos, cerca de \$600 millones fueron gastados en el SIDA. Como se muestra en la Figura 5 el FM sólo contribuyó con el 21% del total de los fondos para el SIDA, esto es cerca de \$3 mil millones por año (menos de la mitad del objetivo establecido por la ONU). Además, la Figura 6 muestra que en los años recientes no ha habido un aumento significativo en los fondos *per capita* en la campaña contra el SIDA a lo largo del mundo. Únicamente los países subsaharianos registran un leve, aunque constante, aumento (+\$1/2 *per capita* en cuatro años).

SALDAS. En septiembre del 2003, el director general de la OMS, Lee Jong-Wook, el director general de UNAIDS, Peter Piot, y el director ejecutivo de FM, Richard Feacham, declararon que tan bajo nivel de cobertura de medicamentos antirretrovirales no era aceptable en países con niveles de desarrollo bajos y medios y que, por lo tanto, era necesario lanzar una poderosa campaña para disminuir rápidamente la brecha. Esta campaña fue llamada “3 por 5” y tenía como objetivo tratar a 3 millones de personas para el año 2005, en otras palabras, alcanzar al 50% de la población apta para el tratamiento. (Figura 7). Sin embargo, los resultados de “3 por 5” fueron decepcionantes. De acuerdo a los datos de UNAIDS, al final del 2005 únicamente 1,300,000 personas se encontraban bajo tratamiento (43% del objetivo, 20% de la población apta). La cobertura alcanzada fue el resultado de múltiples iniciativas, lo que condujo a una situación en la que la suma de los niveles de cobertura afirmados por los varios actores era mayor a la certificada por UNAIDS. A las 770,000 personas en tratamiento (al final del 2006) citadas por el FM se tienen que sumar PEPFAR (www.pepfar.gov, the President's -Bush-Emergency Plan for Aids

Figura 4: Utilización de los Fondos GF: Fuente: El Fondo Mundial

Relief) con 822,000; CHAI (www.clintonfoundation.org, the Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative) con 415,000 y las muchas fundaciones de Bill Gates (65,000 en Botswana). El desciframiento de los datos en los diferentes niveles de tratamiento antirretroviral es extremadamente difícil, tal como un análisis del documento de UNAIDS (Apéndice 1) lo muestra, ya que contiene datos de diferentes fuentes que contrastan fuertemente.

RESULTADOS. El FM afirma haber salvado un millón y medio de vidas a un ritmo de 3,000 diarias. A pesar de que estas estadísticas son aceptables, la evaluación de resultados es mucho más compleja. Se debe considerar el costo de oportunidades del FM, es decir, qué otras alternativas fueron sacrificadas con la adopción de la estrategia FM. Por lo tanto, a pesar de que el FM alcanzó varios objetivos de salud en el área del VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria, en África, durante ese mismo período ocurrió un deterioro de los estándares de salud en el sector maternal e infantil (Figura 8), que son el indicador más claro del funcionamiento general de un sistema sanitario en términos de acceso y calidad de servicios y personal. El deterioro podría ser también resultado de la política del FM y de mecanismos como la contratación competitiva de su propio personal y el del consiguiente abandono de otras actividades como los programas prenatales y de asistencia infantil (no incluidos en los fondos especiales ni en los programas verticales).

6.3. Crisis de implementación.

La apoteosis de las APP: ¿Cómo más podríamos definir el crecimiento implacable de este fenómeno en el área de la salud mundial? La APP “Fondo Global de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria” nació en un momento en el que ya existían APP específicas para cada una de estas áreas (SIDA, tuberculosis y malaria) como UNAIDS (www.unaids.org), *Roll Back Malaria* (www.rbm.who.int) y *Stop Tb* (www.stoptb.org). A pesar de que muchos actores de las APP son omnipresentes, a menudo no es suficiente y se establecen acciones y financiamientos autónomos dentro de los mismos sectores (por ejemplo: PEPFAR de G. W. Bush),

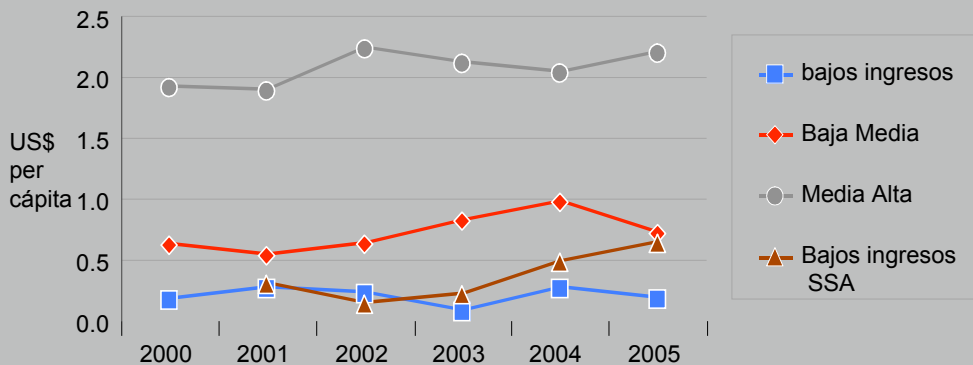
lo que conlleva a un excedente de actores y protagonistas en todos los niveles: finanzas, programación, administración, trabajo de campo y evaluación. Esta situación fue sujeta a un informe elaborado por UNAIDS en el 2005,²¹ en el que se afirmaba que el incremento significativo en las finanzas disponibles estaba acompañado de una falta seria de coordinación en la administración de los fondos y la organización, lo que provocaba la duplicación y competencia entre varios patrocinadores. Este

Figura 5: VIH / SIDA, las fuentes de financiación: Fuente: El Fondo Mundial

fenómeno fue definido por UNAIDS como “la crisis de implementación” causada por organizaciones insostenibles y costos administrativos extremadamente altos. Esta situación caótica está bien representada en la Figura 9, que describe las varias funciones del programa SIDA y la multitud de patrocinadores involucrados de diversas maneras. Una editorial reciente de *Lancet*²² se centra en el paradójico aspecto de esta desorganización, causada por la verticalización de los servicios. Por otro lado, la coexistencia del VIH/SIDA y la tuberculosis y la tuberculosis es un problema complicado que repercute en cerca de 11 millones de pacientes que son, a la vez, los más resistentes a los medicamentos antituberculosos (XDR-TB). A pesar de que es crucial que los pacientes que padecen de estas dos enfermedades sean tratados por el mismo servicio y los mismos trabajadores, la realidad es que hay dos programas (SIDA y TB) que operan de manera independiente, lo que ocasiona problemas enormes para los usuarios.

Figura 6

Per cápita del VIH y el SIDA gastos y nivel de ingresos por países*



- tendencias sobre la base de una muestra de 25 países de África sub sahariana,
- y 57 países de otras regiones

Datos de origen : UNSIDA

39

6.4.El fortalecimiento de los sistemas de salud

De manera perversa, la fuerte inversión de recursos dirigidos a enfermedades específicas (los llamados programas verticales) ha debilitado la infraestructura y restado recursos humanos necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades más comunes (diarrea y neumonía), que ocasionan la muerte de la mayoría de las personas. Además, la multiplicidad de patrocinadores (cada uno con sus propias prioridades, procedimientos administrativos y sistemas de evaluación) ha producido caos y desperdicio en los países anfitriones. Finalmente, una preocupación importante es la sustentabilidad y la estabilidad de estos programas verticales, ya que es posible que los fondos donados no sean estables o duraderos. En conclusión, en los países que reciben estos fondos, éstos crean retos y desestabilización en la administración de los sistemas de salud.²³

Es sorprendente que tales declaraciones aparezcan en un documento reciente del FMI (especialmente en un documento de trabajo) ya que esta institución (hermana del BM) porta toda la responsabilidad de la promoción de los programas verticales y las APP. Este hecho es probablemente una señal de que la etapa para este tipo de estrategias está superada y ya no son defendibles. Dentro de la estructura técnica (Panel de Revisión Técnica) del FM también se ha llevado a cabo una reflexión sobre este tema, desencadenada por el incidente en Malawi, donde los fondos eran disponibles únicamente para medicamentos y exámenes de laboratorio y excluían totalmente la inversión en recursos humanos. Entonces, el equipo (que ya tenía de por sí una sobrecarga de trabajo) se vio repentinamente agobiado por una cantidad enorme de nuevos pendientes en condiciones precarias. La acción del FM estuvo en oposición directa a la política del gobierno de Malawi, que había adoptado recientemente el enfoque de sector amplio (otra recta del BM de los

años 90, ahora expirada). Este enfoque establecía que los gobiernos locales tienen la prerrogativa de decidir el destino de las donaciones.²⁴ Después de las protestas del gobierno, el FM (en la Ronda 5) concedió un fondo adicional de \$40 millones para Malawi. Esta suma fue utilizada para contratar a 5,228 trabajadores de salud comunitarios para el Paquete Esencial de Salud de Malawi, un programa que incluía acciones contra el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades.

La Ronda 5 (2005) permitió por primera vez la entrega de proyectos orientados al fortalecimiento de los sistemas de salud. Ruanda fue uno de los pocos países que aprovechó esta oportunidad y obtuvo fondos para la promoción de la seguridad social. La Ronda 7 competitiva, también brindó la posibilidad del Fortalecimiento de Sistemas de Salud, (Apéndice 2, FSS pautas para operadores). En este contexto, se debe hacer mención del importante trabajo realizado por los “Médicos a favor de los Derechos Humanos” (*Physicians for Human Rights, PHR* <http://physiciansforhumanrights.org/>), que incluye su publicación anual (marzo, 2007, Figura 10) dedicada a la promoción del uso del FM para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El FM y su Director Ejecutivo, Richard G. Feacham, en su último periodo también ha hablado sobre este tema en un artículo del *Lancet*, agosto, 2006.²⁵ De modo general, en el artículo se presenta un panorama positivo y muy optimista de las actividades del FM. Sin embargo, en los últimos dos párrafos es más crítico. En primer lugar, sobre el tema de “la programación vertical vs el fortalecimiento de los sistemas de salud” el autor termina con una propuesta extraída del Reporte Shakow que se refiere al cambio del papel del FM (tareas asignadas de intervención rápida en enfermedades específicas), y la asignación al BM de la responsabilidad del desarrollo de una estrategia de cambio a largo plazo en los sistemas de salud.²⁶ En segundo lugar, sobre el tema de la restricción de fondos a disposición del FM, Feacham declara que “*la idea original era destinar \$7 mil millones al FM únicamente para el VIH/SIDA pero “los resultados logrados muestran que merecía más fondos”*”

Una vez que estas citas despertaron nuestra curiosidad, leímos el largo documento de Alexander Shakow (un funcionario retirado del FM) que contiene la receta para la solución de todos los problemas de salud serios en los países pobres. Encontramos una lista de razones por las cuales es necesario poner en manos del BM la reestructuración a largo plazo de los sistemas de salud.



**Figura 7: Tratamiento, 3 millones para el año 2005
Cómo hacerlo en la realidad, Que estrategia**

En este reporte Alexander Shakow, un oficial retirado del Banco Mundial, propone soluciones a los problemas de salud en los países pobres en la línea establecida por el propio Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional:

Figura 8

El área de especialización del BM recae en su capacidad de reconstruir de manera sistemática al sector de la atención de la salud. Esta característica es fundamental para el progreso, no nada más para la acción en contra del SIDA, sino de otras enfermedades y, de manera más general, para asegurar la sustentabilidad de todos los medios para mejorar la salud humana en los países más pobres. Esta es una intervención en un área que es compleja y difícil, para la cual ninguna otra agencia tiene el poder, la experiencia y la aptitud del BM, incluyendo la habilidad de vincular al sector salud al contexto macroeconómico y financiero de cada país. De manera similar, el BM podría ayudar a que los gobiernos fueran más selectivos y desarrollaran mejores estrategias en el proceso de establecimiento de prioridades en el campo del SIDA y otras actividades de atención sanitaria. De ese modo, el BM estaría fomentando que los países usen sus propias capacidades limitadas para implementar actividades que tendrían el mayor impacto sobre la epidemia.

Una propuesta de esta naturaleza (con la debida justificación en los apéndices) parecería ser una provocación o hasta una parodia, pero la naturaleza de la fuente es tal que podemos estar seguros de que en el fondo hay intenciones de institucionalizar el papel que el BM ha, de hecho, jugado en las últimas dos décadas, es decir un “Ministerio Supremo de Salud Mundial”.

Con respecto a la aplicación de la macroeconomía a los asuntos de salud, todos los documentos proclaman que los fondos del FM deben ser adicionales a los presupuestos gubernamentales y no sus sustitutos. Sin embargo, con frecuencia esto no es así. En la realidad -por ejemplo en Mosambique y Uganda-²⁷ una escuela de pensamiento macro-económico (BM y el FMI) se enfoca en los riesgos ejercidos sobre las economías locales por unos fondos de ayuda demasiado generosos (aumento de la inflación, fortalecimiento de la moneda local, competitividad reducida para las exportaciones, etc.). A este síndrome se le ha llamado “síndrome holandés”^{28, 29}

por último, el tema de la sustentabilidad a largo plazo de la iniciativa del Fondo Global no ha sido explícitamente abordado (tal como sucede en general con otros tipos de ayuda extranjera-externa). Algunos de los ejemplos mencionados anteriormente (Malawi) dejan ver efectos potencialmente perversos de las intervenciones que tienden a concentrarse en la entrega de bienes y servicios a costa de esfuerzos para construir capacidades humanas e institucionales que están dirigidos a lograr que los sistemas sanitarios locales y las comunidades sean a largo plazo (por lo menos parcialmente) autosustentables.

Conclusión

Del análisis general de los últimos sesenta años de políticas de salud internacionales que presentamos en este artículo, surge una tendencia que molesta por el cambio sustancial realizado. Es decir, de un enfoque que implicaba un sistema inclusivo, financiado de manera pública y que aseguraba el derecho a la salud de todos (consagrado en la declaración de Alma Ata) a un sistema predominantemente privado, segmentado, con una provisión de bienes y servicios médicos “sólo para algunos” (tipificados por el trabajo realizado por el Fondo Global para combatir el SIDA, la tuberculosis y la malaria).

A pesar de que el Fondo Global ha sido promovido como una fundación (y no como una agencia de las Naciones Unidas o una agencia de desarrollo más amplia) y, como tal, actúa principalmente como un mecanismo de financiamiento (en lugar de ser una agencia de implementación). El Fondo Global “trabaja en cooperación con otros grupos: organizaciones multilaterales, agencias bilaterales, ONGs, la sociedad civil y grupos basados en la fe, que ayudan a diseñar programas, proporcionan asistencia técnica, y, de esa manera, brindan apoyo a los programas de los países”.³⁰ Como tal, el Fondo Global ha tenido, y tiene aún, una gran influencia en la determinación de las decisiones más importantes sobre las políticas de salud a nivel internacional que garantizan un escrutinio serio de la comunidad médica internacional.

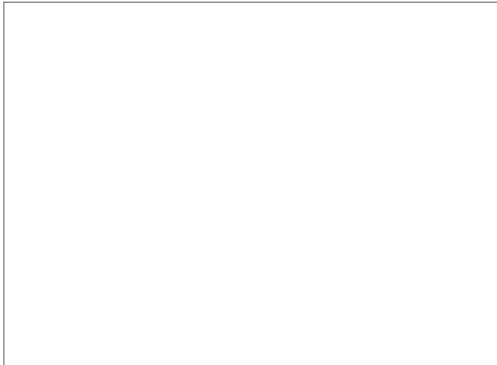
Los fracasos del Fondo Global que han sido descritos en este artículo pueden ser resumidos en

la cantidad limitada de recursos que han sido otorgados, en comparación con sus ambiciones declaradas; sus decepcionantes resultados (por ejemplo, en términos de cobertura de tratamientos) y sus consecuencias dañinas más amplias (debidas, por ejemplo, al reclutamiento competitivo de trabajadores en ciertas áreas privilegiadas y la consiguiente desatención de otros sectores). Debido a que estos “efectos colaterales” han sido ampliamente descritos desde el comienzo del debate entre atención primaria inclusiva vs la atención selectiva en los años 80, la historia del Fondo Global representa, en nuestra opinión, un ejemplo más de lo difícil que es aprender de la historia, esto es, dirigirse hacia una política de salud internacional basada en la evidencia. A pesar de que ningún sistema de salud en el mundo está construido sobre “programas verticales”, a través del Fondo Global se ha introducido en las primeras etapas de su desarrollo a los países pobres un enfoque estricto y excesivamente selectivo en cuanto a la atención médica otorgada. Su introducción ha tenido efectos destructivos en sus sistemas de salud, tal como el FMI mismo se ha visto forzado a reconocer. De esta manera, se ha perpetuado una falsa distinción a través de la cual el ejercicio legítimo del establecimiento de prioridades entre necesidades en competencia ha sido traducido en programas rígidos y autocontenidos, que a menudo ponen en riesgo los sistemas de salud locales.

Debido a que queda claro que los diferentes mecanismos de financiamiento que respaldan a las decisiones de políticas sanitarias internacionales tienen una relación importante con los resultados en salud, es imperativo que los mecanismos adoptados estén diseñados para:

- Asegurar el acceso universal a la atención médica básica (dando prioridad absoluta a los grupos más pobres y vulnerables de la población. Esto es, los niños y las mujeres).
- Reforzar a los sistemas sanitarios enteros, en lugar de basar las estrategias en programas verticales.
- Fortalecer las infraestructuras, la organización y el control de los programas y la compra y la distribución de las medicinas esenciales (incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento contra el SIDA) y,

- Sobre todo, invertir en los recursos humanos dentro del sector salud público a través de capacitación, motivación y un salario apropiado y justo que ayude a detener la fuga de empleados al sector privado y el extranjero.



Referencias

- 1 T.M. Brown, M. Cueto, E. Fee, The World Health Organization and the Transition from “International” to “Global” Public Health, *American Journal of Public Health*, January 2006, Vol. 96, 62-72
- 2 WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, “Health for all” Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978
- 3 J.A. Walsh, K.S. Warren, Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New Engl. J. Med.* 301, 18, 1979, pp. 967-73. The text was presented at the meeting “Health and Population in Developing Countries”, sponsored by the Ford Foundation and the Rockefeller Foundation, held in Bellagio in April 1979.
- 4 J.P. Grant (UNICEF), *The State of the World’s Children*, 1982-83, Oxford University Press, 1982.
- 5 K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988.
- 6 Conference Summary Statement. In “Good Health at Low Cost” (Edited by Halstead S.B., Walsh J.A. and Warren K.S.), p. 136. The Rockefeller Foundation, New York, 1985, in K.S. Warren, The evolution of selective primary health care, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 26. No. 9. Pp. 891-898, 1988
- 7 A. Green, *An Introduction to Health Planning in developing countries*, Oxford Medical Publications, Oxford, 1999, p. 62.
- 8 K.W. Newell, Selective primary health care: the counter revolution, *Soc. Sci. Med.* Vol. 26, No. 9, pp. 903-906, 1988.
- 9 The World Bank, *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reforms*. Washington DC, 1987.
- 10 J. Grant (UNICEF), *The State of the World’s Children*, 1989, Oxford University Press, 1989.
- 11 F. Godlee, *The World Health Organization: WHO in crisis*, *BMJ* 1994; 309:1424-28
- 12 F. Godlee, *WHO in retreat: it is losing its influence?* , *BMJ* 1994; 309:1491-95
- 13 F. Godlee, *The World Health Organization: WHO’s special programs: undermining from above*, *BMJ* 1995; 310: 178-182.
- 14 The World bank, *World development Report 1993, Investing in Health*, Washington DC, 1993
- 15 K. Buse, G. Walt, *Role conflict? The World Bank and the world’s health*, *Social Science & Medicine*, 50 (2000) 177-179.
- 16 C .J.L Murray, A.K. *Understanding DALYs*, *Journal of health Economics*, 16 (1997) 703-730.
- 17 M. Jowett, *Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995*, *Int. J. Plann. Mgmt.* 14, 269-285 (1999)
- 18 M. Whithead, G. Dahlgren, T. Evans, *Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?* *Lancet* 2001; 358:833-36.
- 19 R. Levine, *Open letter to incoming director general of the World Health Organization: time to refocus*, *BMJ* 2006; 333: 1015-7.
- 20 L. Garret, *The challenge of global health*, *Foreign Affairs*, January-February 2007.
- 21 UNAIDS technical support division of labour. August 2005
- 22 Editorial, *Stopping tuberculosis proves hard to do*, *Lancet* 2007; 369: 965.
- 23 W. Hsiao, P.S. Heller, *What should macroeconomists know about health care policy?*, IMF, Working Paper, WP/07/13, January 2007.
- 24 PHRplus, *System-Wide Effects of the Global Fund in Malawi: Baseline Study Report*. October 2005. <http://www.phrplus.org/>
- 25 R.G. Feacham, *An examination of the Global Fund at 5 years*, *Lancet* 2006; 368: 537-540.
- 26 A. Shakow, *Global Fund-World Bank HIV/AIDS programs: comparative advantage study*. 2006.
- 27 G. Ooms, T. Schrecker, *Expenditure ceilings, multilateral financial institutions, and the health of poor populations*, *Lancet* 2005; 365: 1821-23
- 28 L. Garret, *The challenge of global health*, *Foreign Affairs*, January-February 2007.
- 29 C. Ebrahim-zadeh, *Back to Basic, Finance and Development*, March 2003, Volume 40, Number 1.
- 30 <http://www.cgdev.org/content/opinion/detail/10881/>