



Marcos Cueto y Víctor Zamora, editores,  
**Historia, salud y globalización**  
Universidad Peruana Cayetano Heredia,  
Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2006.

Marcos Cueto, un autor con gran recorrido en la historia de la salud, nos presenta un libro sobre salud y globalización, coeditado con Víctor Zamora Mesía, un colega de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. El tema aparece controversial. Los autores de los estudios resaltan las dudas sobre la legitimidad que el nuevo término de “salud global”, acuñado por la comunidad internacional (*global health*), frente a otros como salud “internacional” o “intergubernamental” (p. 70) que lo antecedieron. No se puede justificar el cambio de terminología ni por sus usos en revistas académicas y universidades como Yale y Harvard o la escuela de Higiene y Medicina Tropical en Londres (p. 19, 69). Tampoco por el temor de los Estados Unidos ante las infecciones emergentes (p. 63-65), ni por su adecuación a una campaña en pos de recuperar el liderazgo en salud a través de la

Organización Mundial de la Salud (OMS) y bajo auspicios de la nueva directora Gro Harlem Brundtland y el economista Jeffrey Sachs (p. 94-100).

Los términos y definiciones, sin embargo, no son gratuitos. Para aclarar esta ambigüedad examinemos por un momento la historia de la salud internacional como Cueto, Zamora y los otros ensayistas recopilados en la obra (Theodor M. Brown, Elisabeth Fee y Jennifer P. Ruger) la presentan. La preocupación por la intervención internacional en salud ha estado ligada al imperativo europeo de seguridad en los puertos y el comercio, desde las primeras cuarentenas en puertos italianos del siglo XVI que luego desembocaron en varios acuerdos y convenciones sobre sanidad marítima en el siglo XIX. Cueto asocia el nuevo concepto de “salud internacional”, cristalizado con la creación de la OMS en 1948, con la nueva hegemonía política de los Estados Unidos que, según el autor, nunca se identificó plenamente con la connotación imperialista de las mismas intervenciones de la medicina tropical en Europa (p. 15-17, 74-79). Pero parece olvidarse que intervenciones estadounidenses en epidemias como las de la fiebre amarilla en Guayaquil y el norte de Perú a comienzos del siglo XX, se acompañaron por los mismos intereses económicos que los representados por los europeos como se registra en otra publicación coordinada por él mismo<sup>1</sup>.

Precisamente estas intervenciones tecnológicas, mezcladas con preocupaciones políticas en torno al miedo a la influencia socialista y comunista, se criticaron en la época del carismático director danés de la OMS, Halfden Mahler (de 1973 a 1988) y su soporte académico Kenneth W. Newell. En esos años se

1 Cueto, Marcos, 1992, “Sanitation from above: yellow fever and foreign intervention in Peru, 1919-1922”, en *Hispanic American Historical Review*, Vol. 72, University of Maryland, p. 1-22.

vivía un ambiente internacional de esperanza alrededor las nuevas naciones africanas descolonizadas y de desarrollo de movimientos nacionalistas y antiimperialistas, y de críticas al modelo de desarrollo lineal y “por goteo” impuesto por las naciones occidentales (p. 28-41, 79-86).

Desde que reconocieron que la causa principal de enfermedad y muerte en los países en desarrollo consistía en enfermedades básicas como respiratorias e intestinales, por lo general adquiridas por desnutrición, Mahler y sus colaboradores impulsaron y defendieron el nuevo concepto de Asistencia Primaria en Salud (*Primary Health Care*). El proyecto que se estableció con los programas APS como centro de las políticas de salud pública de la OMS se legitimó en la conferencia internacional sobre Atención Primaria (Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978), de donde se destacan tres ideas claves en la declaración final: utilización de tecnología apropiada, crítica al elitismo de los profesionales médicos y el propósito de utilizar los conocimientos y cooperar con los representantes de la medicina tradicional.

El proyecto APS, sin embargo, fue cuestionado desde su inicio como demasiado idealista. Dos cuestiones eran las principales: ¿cómo financiarlo? y ¿cómo llevarlo a la práctica? Ya en 1979, representantes de las fundaciones Rockefeller y Ford, del Banco Mundial, USAID y el Desarrollo Canadiense, lanzaron una contra iniciativa: Atención Primaria de Selectiva Salud (APSS). Este programa se concentraba en cuatro actividades: monitoreo al crecimiento, rehidratación oral, leche materna y vacunación infantil. El liderazgo de la OMS lo consideraba como un parche frente a la idea original de asistencia primaria, pero la iniciativa APPS, una intervención tecnológica disfrazada como asistencia primaria, era delimitada, práctica y financiable, por lo que recibió el apoyo de UNICEF y de las agencias de ayuda que trabaja-

ban en países de desarrollo. Los ideales de Mahler y los planteados en Alma-Ata fueron bloqueados por actitudes conservadoras de profesionales de países del hemisferio sur como Perú, donde en 1985 el 70% de los profesionales se concentraban únicamente en la ciudad de Lima (p. 41-54, 86-93).

La victoria de políticas de intervenciones pragmáticas como el APSS se asentó en los nuevos tiempos de difusión del neoliberalismo (1981) y en intervenciones de instituciones financieras internacionales, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que exigieron “ajustes estructurales” de los países en desarrollo. La OMS no tenía capacidad o voluntad de responder a la nueva economía política internacional hasta que Mahler fue desplazado por directores que si se apegaron al compromiso de la Asamblea General, dominada por países pobres y fondos extraordinarios, de imponer las voluntades de las naciones donantes más ricas y de las agencias multilaterales. La OMS perdió terreno en la salud pública internacional y el liderazgo pasó al Banco Mundial (p. 93-100). Este organismo que nació en la influyente conferencia de Bretton Woods (1944) se veía afectado por los mismos vaivenes que transmutaron la historia de la OMS. En inicio sólo pretendió invertir en capital físico e infraestructura, en correspondencia con su imagen de banco y con el ideal de desarrollo impuesto por las naciones desarrolladas, pero con la llegada de Robert Mc Namara, otro líder carismático que administrara el Banco entre 1968 y 1981, atravesó un importante cambio en cuanto a la percepción del desarrollo. En 1970 el Banco apenas registraba un proyecto de Salud, Nutrición y Población (SNP), pero hacia 1997, Mc Namara había alcanzado 154 proyectos con un valor total de 13.5 mil millones de dólares. Los programas SNP cubrían el 1 % en 1987, pero se incrementaron al 7% en 1991 y en 1996 cubrieron el 11% del nuevo préstamo anual de 21 mil millones de

dólares, en donde se incluyó también el 8% para educación y el 5% para protección social (ver el artículo de Ruger en las páginas 103-133 del libro).

La fortaleza del libro editado por Cueto y Zamora consiste en su solidez y honestidad al tratar este tipo de instituciones que protagonizan las políticas de salud internacional (la OMS y el Banco Mundial). Pero los autores se muestran vacilantes al sacar conclusiones políticas con respecto a los cambios en el ámbito internacional de salud. Jennifer Ruger, autora de uno de los estudios compilados en el libro, crítica al Banco Mundial el haber disminuido la capacidad del estado de los países pobres de intervenir en políticas de salud, y el haber ocasionado un des-balance entre salud privada y pública. Pero no profundiza el tema. Es como si el contexto neoliberal no hubiese terminado con los ideales de desarrollo social como lo logró antes con los ideales de Halfden Mahler y Alma-Ara (p. 128-133). El artículo de Zamora aspira indagar los impactos de la nueva situación internacional de salud en el Perú, pero sólo advierte que la elite médica peruana no está preparada, sin que logremos saber en qué deberían prepararse. Quedan, además, pendientes aspectos concernientes al impacto local de la salud global, en donde pudiera haberse corroborado el grado de concentración de profesionales en salud en ciudades como Lima, la supuesta debilidad del estado, la existencia de una asistencia primaria y la defensa de los genéricos. De igual forma, se pudiese haber investigado la pérdida de personal médico calificado por la migración (p. 181-204), la incursión de las

ONG en la salud, la expansión de la medicina alternativa y los cambios que se producen en la medicina tradicional, empírica, cuando la población sale del campo para establecerse en las ciudades.

Marcos Cueto despliega cierta confianza en torno a las mejoras en la salud internacional cuando defiende que puede haber un mejor equilibrio entre el enfoque tecnológico y la asistencia primaria (p. 57). Su perspectiva de análisis es respetable ya que no nos está permitido perder las esperanzas, no interesa si uno es médico, historiador o representante de las ciencias sociales. Pero mi lectura de esta historia de la salud internacional es algo más pesimista. Señalaría, entre otras cosas, la pérdida de las utopías que los organismos internacionales albergaban de poder solucionar los problemas en salud de los países menos desarrollados. Y tal vez es eso lo que se esconde bajo la nueva terminología de "Salud Global": el ocaso de grandes ideales como la extinción tecnológica de las epidemias infecciosas antes del año 2000 (p. 19-20, 59-67) y la viabilidad de una asistencia en salud primaria bajo auspicios de los organismos internacionales, que ya no pueden ser remediados por nuevos anfitriones a pesar de que estos sean tan abultados como Bill y Melinda Gates. Con tales fracasos en lo global tendríamos que poner mayor atención en lo local. Valdría la pena indagar acerca de lo que se pueda emprender en materia de salud desde estados debilitados como los de los países tercermundistas.

*Jos Demon*