



Las relaciones conocimiento-poder como base para una genealogía de la cooperación internacional en salud con África

En este artículo estudiamos las actuales políticas internacionales de salud hacia África como parte del desarrollo histórico de la cooperación internacional en salud. Para ello, hemos dividido el artículo en tres periodos históricos en que nos centramos en investigar cómo un pensamiento occidental ha dominado y ha sido desplazado en la producción de unas agendas internacionales de salud hacia África. Estos tres periodos son:

- una primera etapa (1851-1948), caracterizada por el surgimiento de una cooperación internacional en salud centrada en el combate a la enfermedad;
- una segunda etapa (1948-1978), en donde se desplaza la hegemonía dada en el anterior periodo a la lucha contra la enfermedad; y
- una tercera etapa, que comienza en la década de los ochenta y se caracteriza por una reforma continua de los servicios de salud y la extensión de la epidemia del VIH/sida.

■ **El dominio de una lógica técnica y una mirada centrada en la enfermedad (1851-1948)**

El surgimiento de la cooperación internacional en salud supuso conectar los progresos científicos que permitieron el desarrollo del colonialismo en África al fortalecimiento y la expansión de un lenguaje sanitario internacional creado a medida de los intereses europeos. En este apartado mostraremos, a través de diferentes ejemplos, cómo la producción de un conocimiento para combatir las enfermedades que el colonialismo europeo encontró en África permitió organizar el trabajo de las primeras autoridades sanitarias internacionales. Y a través de ejemplos sobre la tripanosomiasis, la esquistosomiasis y la nutrición, mostraremos cómo la producción de

un tipo de conocimiento médico contribuyó a ocultar durante el colonialismo las raíces sociales y económicas de la producción de la enfermedad en la población africana.

■ Las creencias miasmáticas y contagionistas

Las tres epidemias de cólera que se extendieron con gran virulencia por Europa a mediados del siglo XIX fueron el origen de la cooperación internacional en salud. Una primera Conferencia Sanitaria Internacional se celebró en París en 1851, bajo la norma del *mínimo de dificultad para el comercio con el máximo de protección para la salud pública* (Filder, 2001: 79; Mateos Jiménez, 2005: 342). Los estados europeos se reunieron para regular las diferentes cuarentenas que cada nación aplicaba frente a la amenaza del cólera y otras «enfermedades exóticas», como la peste y la fiebre amarilla. Las diplomacias sanitarias europeas compuestas por un diplomático y un médico higienista debatían sobre el origen contagioso o miasmático de las enfermedades epidémicas ante la falta de un conocimiento científico sobre su naturaleza y sus vectores de transmisión.

Una creencia contagionista era ampliamente seguida por Francia y los estados mediterráneos partidarios de fortalecer medidas físicas como las cuarentenas para frenar el contagio y la propagación de las enfermedades epidémicas. Y una creencia miasmática era respaldada por Gran Bretaña, que defendía rebajar las medidas cuarentenarias, y fortalecer las medidas higiénicas en los barcos; ya que consideraban que las condiciones ambientales y la materia en descomposición eran el origen de la enfermedad. Estas creencias fueron instrumentalizadas en las primeras conferencias sanitarias en función de los diferentes intereses perseguidos por los estados europeos. Mientras que las naciones mediterráneas buscaban reforzar las cuarentenas, sobre todo en las rutas comerciales de Oriente identificadas con las vías de llegada del cólera a Europa, Gran Bretaña reclamaba la adopción de medidas higiénicas en los barcos y unas prácticas cuarentenarias más laxas en los tiempos de reclusión que no perjudicaran su comercio con sus colonias orientales. Estas diferencias impidieron que durante las seis primeras conferencias sanitarias internacionales –desarrolladas desde 1851 a 1885– se creara una normatividad legal que regulara las cuarentenas. Sin embargo, no paralizó el inicio de un lenguaje sanitario internacional que normalizó diferentes tipos de salvoconductos de navegación que informaban a los puertos a los que arribaba un barco sobre su estado «limpio», «sospechoso» o «infectado», vigiló más de cerca los puertos usados por las peregrinaciones a la Meca e ideó crear una institución que organizara y suministrara información epidémica a los estados (Goodman, 1952; Filder, 2001, Mateos Jiménez, 2005).

Pero de igual forma que las epidemias de cólera que azotaron Europa en la pri-

mera mitad del siglo XIX forman parte de un proceso de más larga duración caracterizado por el intercambio a escala global de enfermedades de orígenes geográficos distintos, también una historia en torno a los intereses europeos y la salud de las sociedades africanas ya había comenzado a escribirse con anterioridad al encuentro colonial. Históricamente, el desarrollo del comercio, los flujos migratorios, las guerras y la colonización de América fueron algunas de las características que posibilitaron un intercambio microbiano global entre zonas geográficamente distantes (Arnold, 1996). La trata de esclavos fue la circunstancia histórica que aceleró la incorporación de África a este proceso de intercambio microbiano. Aunque el África Occidental tenía una versión relativamente atenuada de la viruela, los europeos introdujeron las variantes más virulentas entre los siglos XVI y XVIII y también enfermedades como la tuberculosis y la neumonía bacilar. La defensa natural del Sahara, que había protegido al África Occidental, fue superada por la peste bubónica que alcanzó el Congo, partes de Angola a mediados del siglo XVII y las costas de Senegal y Guinea a mediados del siglo XVIII¹ (Illife, 1998: 183). Además, el comercio de esclavos permitió el intercambio de enfermedades entre América del Sur y África Occidental; así la sífilis se trasladó al continente africano y la fiebre amarilla y la malaria falcipárum viajaron a América (Arnold, 1996: 75).

Durante el colonialismo, la propagación de enfermedades por el continente africano se facilitó debido a factores como: las infraestructuras coloniales, el desplazamiento de mano de obra nativa, el reclutamiento militar, el trabajo en las minas y el comercio colonial. Pero además de estos costes directos, el encuentro colonial en torno a la salud supuso conectar los intereses perseguidos por el colonialismo con un espacio donde convivieron las políticas coloniales, el conocimiento médico occidental, las diferentes formas de representar al africano y las resistencias africanas a esas políticas sanitarias.² Tanto el inicio de un lenguaje sanitario internacional como la expansión colonial en África compartieron la comprensión de que la enfermedad era un obstáculo para los intereses europeos. Por eso, aunque desde mediados del siglo XIX se comenzó a usar la quinina como preventivo ante la malaria, las enfermedades infecciosas continuaron siendo un impedimento para el asentamiento y el desarrollo colonial en África. Por ejemplo, durante los intentos de expansión del colonialismo español en el golfo de Guinea (1857-1878), el paludismo, las fiebres gastrobilíares y las fiebres tifoideas impidieron el asentamiento colonial y la explotación económica de la isla de Fernando Poo. La necesidad de controlar la enfermedad en el golfo de Guinea fue un requisito para el desarrollo de los intereses coloniales españoles y arrastró a la población nativa a participar del desmatado y la construcción de hospitales (Castro Antolín, 2001). A su vez, en los primeros asentamientos, y en paralelo con las creencias miasmáticas, se conectó el cuerpo del africano a un medio natural hostil y productor de enfermedades. Los europeos relacionaron la enfermedad, el medio ambiente y la población africana, haciendo a esta última un producto determinado por las condiciones naturales (Comaroff, 1993).

■ El progreso científico sobre el origen y la transmisión de las enfermedades infecciosas

Los descubrimientos de Koch en 1883 acerca del origen y la transmisión del cólera permitieron el desarrollo de una medicina de laboratorio. Un discurso científico sobre las causas y los factores de propagación de las enfermedades infecciosas se difunde a las políticas de cooperación internacional en salud a través de la diplomacia sanitaria y las conferencias sanitarias internacionales. La incorporación paulatina de un conocimiento científico al lenguaje sanitario internacional va transformando la estructura de las conferencias sanitarias internacionales y la naturaleza del debate entre las creencias contagionista y miasmática, permitiendo a todos los estados presentes en la Conferencia de Venecia de 1892 ratificar la primera convención internacional sobre el cólera.

El comienzo de la legislación internacional en salud respondió a los intereses y los conflictos ya debatidos en las seis conferencias sanitarias anteriores. Así, la Convención de Venecia determinó un tiempo de cuarentena para las peregrinaciones a la Meca pero no interfirió con los intereses comerciales británicos al no aplicarse a las rutas orientales (Goodman, 1952: 67; Catanach, 1989: 150). El progreso científico de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX incorporó dos nuevas autoridades sanitarias a la construcción de un lenguaje sanitario internacional, una comunidad de expertos investigadores en salud organizados alrededor de las escuelas de Medicina Tropical y los dos primeros organismos internacionales de salud; la Oficina de Higiene de París (1907-1939) y la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones (1921-1946). Estas autoridades sanitarias produjeron un conocimiento científico que se adecuó tanto a los intereses coloniales en África como a la norma sanitaria internacional del *mínimo de dificultad para el comercio con el máximo de protección para la salud pública*.

Las escuelas de Medicina Tropical de Liverpool y Londres, ambas creadas en 1898, contribuyeron a desarrollar una rama científica conocida como Medicina Tropical dedicada al estudio de las enfermedades que frenaban el desarrollo en las colonias europeas de África y Asia. El surgimiento de las escuelas de Medicina Tropical significó reconocer que las vidas y los intereses de los colonos europeos podían ser más eficazmente preservados si las enfermedades tropicales eran científicamente tratadas. En las colonias africanas, las investigaciones de las escuelas de medicina tropical contribuyeron a perseguir los intereses económicos y justificar la acción civilizadora del colonialismo. Por ejemplo, cuando Leopoldo II solicitó en 1901 la colaboración de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool para frenar una epidemia de tripanosomiasis (enfermedad del sueño) procedente de Uganda, lo hizo preocupado tanto por sus intereses económicos como en respuesta a las acusa-

ciones hechas por diferentes medios europeos sobre el trato dado por la administración belga a la población africana.

La Escuela de Liverpool aplicó un plan vertical de erradicación de la enfermedad que consistió en el desplazamiento de la población, su hacinamiento y luego la extensión de los preparados farmacéuticos (Marynez Lyons, 1988). En otros casos, la respuesta a los intereses coloniales en relación a la enfermedad en África permitió articular diferentes centros de conocimiento. A finales del siglo XIX se creó una línea de investigación sobre la etiología y los vectores de transmisión de la esquistosomiasis, cuando esta enfermedad comenzó a obstaculizar los movimientos de las tropas británicas en Egipto y amenazó con la posibilidad de que los soldados ingleses pudieran a su vuelta trasladar la enfermedad a Inglaterra. Para descubrir el ciclo de vida del parásito se conectaron la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool, la Universidad de Leipzig y se realizaron viajes a otras zonas de infección situadas en Asia. Al descubrirse el ciclo de vida del parasitario se dieron instrucciones a las tropas para evitar las aguas contaminadas por los caracoles que transmitían la enfermedad. La esquistosomiasis se convirtió en una enfermedad propia a un medio natural, es decir se tropicalizó, con lo que se alejó cualquier consideración que relacionara su aparición con las condiciones en las que vivía la población nativa. Cuando se actuó sobre la esquistosomiasis en las colonias de Suráfrica y Rhodesia, en la década de los veinte, se hizo a través de la aplicación de políticas segregacionistas. Éstas mejoraron las condiciones de habitabilidad y el acceso al tratamiento farmacológico de las familias de granjeros blancos pero excluyeron de esta atención a la población negra (Farley, 1988).

Los primeros organismos internacionales de salud incorporaron las investigaciones sobre enfermedades tropicales al trabajo de sus comités de expertos. En la OIHP, los estudios sobre malaria compartieron espacio con la recolección y la organización de la información científica, el suministro de agua potable al comercio marítimo o el control del opio. Todas estas investigaciones fueron supeditadas a la internacionalización de un sistema de vigilancia epidémico sobre las tres enfermedades que amenazaban los intereses económicos y la salud pública de Europa: el cólera, la peste y la fiebre amarilla (Goodman, 1952: 87-95). La Oficina de Salud de la Liga de las Naciones (LNHO, 1921-1946) continuó fortaleciendo la vigilancia epidémica y fundó el Consejo de Vigilancia Epidemiológico de Singapur (Goodman, 1952: 115). Pero fue la creación de la LNHO la que identificó sus funciones con la multiplicación de una variedad de comunidades científicas. A las enfermedades que encontraba el colonialismo, como la malaria, la enfermedad del sueño o la esquistosomiasis, todas ellas ampliamente difundidas en África, se incorporaron otras comisiones que abordaron la estandarización de los productos farmacéuticos, la elaboración de estadísticas internacionales sobre las causas de defunción internacional, la salud pública, la enseñanza de la medicina, la vivienda o la salubridad del medio (Dubin, 1995).

La hegemonía de un pensamiento técnico se impuso al interés de ciertas comisiones por investigar las raíces sociales de la producción de la enfermedad. Este dominio se reflejó tanto en las primeras campañas desarrolladas en el terreno por la LNHO como en el trabajo desarrollado por la comisión de nutrición.³ Con anterioridad al periodo de entreguerras, el interés de los estudios sobre nutrición se había caracterizado por subrayar las pautas culturales de alimentación de la población africana en el origen de la debilidad física y el surgimiento de la enfermedad. Durante ese tiempo se desarrollaron estudios comparados entre las poblaciones de los masais y los kikuyus para investigar cómo diferentes aportes calóricos, vitamínicos y minerales se relacionaban con sus enfermedades e infecciones.

Un perfil dietario de carácter racial relacionó las pautas culturales con las capacidades de alimentación de las sociedades africanas. Se comprendía que la malnutrición generaba pobreza pero la pobreza terminaba siendo la incapacidad de la población africana de suministrarse la alimentación necesaria para su sustento diario. Por su parte, los informes de la comisión de nutrición de la LNHO relacionaron la malnutrición con los problemas económicos, agrarios y de desarrollo pero en vez de actuar sobre estas condiciones impulsaron un tratamiento basado en el aporte de suplementos dietarios y la educación nutricional. De tal forma que la malnutrición continuó interpretándose como un mal endémico relacionado con el comportamiento cultural africano e independiente de cualquier responsabilidad que pudiera tener el colonialismo europeo (Worboys, 1989). Como en el caso de la nutrición, fue una lógica biológico-cultural el paradigma desde el que los europeos y las autoridades internacionales interpretaron la producción de la enfermedad en la población africana. La promiscuidad como seña de identidad de la cultura africana explicaba la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Y la determinación del africano por su cultura, ocultó las condiciones laborables y de habitabilidad considerando que la disolución del tejido cultural condicionaba la aparición de enfermedades relacionadas con los procesos de urbanización e industrialización colonial (Vaughan, 1991; Butchar, 1998).

■ El desplazamiento de la hegemonía de una mirada sobre la enfermedad (1948-1978)

Un segundo periodo en la cooperación internacional en salud y en sus implicaciones para África comienza tras el final de la Segunda Guerra Mundial. Este segundo periodo se caracteriza por la institucionalización durante la guerra fría de un lenguaje del desarrollo que se difunde a la salud de la población africana, primero, durante las últimas décadas del colonialismo europeo y, después, desde una cooperación internacional al desarrollo de la salud al que los estados africanos se van a ir incorporando según se independizan.⁴ A finales de los setenta la Declaración de

Alma-Ata y la internacionalización de la atención primaria de salud desplazaron la superioridad técnica occidental y sustituyeron una mirada que perseguía la erradicación de ciertas enfermedades (viruela, tuberculosis, enfermedades venéreas o malaria) por una atención centrada en la salud de la población. En este apartado presentamos algunas de las relaciones que establecieron las sociedades y los estados africanos con una cultura médica maoísta, un nuevo concepto de desarrollo y una nueva comunidad de expertos en salud, características todas ellas que colaboraron en este desplazamiento.

Después del final de la Segunda Guerra Mundial las funciones desarrolladas por la OIHP y la Oficina de Salud de la Liga de las Naciones fueron asumidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946). A las funciones relacionadas con la vigilancia epidémica, la ayuda sanitaria y la producción e instrumentalización del conocimiento médico, la constitución de la OMS incorporó la transformación de la anterior norma sanitaria internacional por la universalización de un concepto de salud entendido como «*el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de infecciones o enfermedad*» (OMS, 1946). La autoridad de la OMS se organizó a través de una burocracia dominada por el pensamiento biomédico occidental, la influencia de los estados donantes y el liderazgo personal del director de la organización (Cox y Jacobson, 1974). La sucesión de grandes adelantos en la investigación farmacológica y la posición capitalista contestataria a cualquier debate sobre la organización de los servicios de salud fortaleció la idea de que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud, lo que contribuyó a reforzar el papel de la OMS como un organismo técnico encargado de labores de asesoramiento, formación y difusión del conocimiento biomédico occidental. (Lee, 1997; Cox y Jacobson, 1974).

Esta labor de la OMS era acorde a la institucionalización internacional de un concepto del desarrollo, cuya base teórica se cimentó en una *filosofía de la historia* que interpretaba el progreso como un avance lineal desde el atraso al consumo de masas (Rist, 2002: 112-118). Como en el periodo anterior, la lucha contra la enfermedad se consideró un prerrequisito para el desarrollo. La lógica de un desarrollo fundado en el crecimiento macroeconómico hizo de la erradicación de las enfermedades una medida necesaria para la construcción de infraestructuras y aumentar el capital humano y la fuerza de trabajo.

Con anterioridad a los organismos internacionales, las potencias coloniales adaptaron un lenguaje de desarrollo al trato con sus colonias africanas. A su vez, los dirigentes africanos instrumentalizaron este discurso para exigir mayor participación política y derechos sociales en educación, salud, salarios y derechos laborales (Cooper, 2002: 34-63). Así, a finales de la década de los cincuenta, se introdujeron en algunas colonias africanas esquemas de seguridad social, aunque pocos africa-

nos eran asalariados o elegibles por esos programas.⁵ Mientras tanto, los servicios sanitarios continuaron sin cubrir las necesidades de la población y se centraron en las élites coloniales, la atención curativa de unos pocos hospitales con alta dependencia técnica y el olvido tanto de la salud pública como del área rural (Irwin y Scalin, 2005: 10). Este tipo de servicios sanitarios fueron los que heredaron los nuevos estados independientes africanos, que fortalecieron una ayuda internacional centrada en los planes verticales de erradicación de enfermedades y el mantenimiento de los recursos humanos y técnicos de unos pocos hospitales urbanos conocidos como «palacios de la enfermedad» (Werner y Sanders, 1997).

El combate contra las enfermedades infecciosas era necesario en unas agendas de desarrollo que proponían la construcción de grandes infraestructuras, como presas e instalaciones para el agronegocio. Diferentes ejemplos sucedidos en las décadas de los 50 y 60 revelan los costes indirectos que tuvieron estas actividades en la salud de la población africana. El uso desmedido del insecticida DDT en las plantaciones de azúcar y cítricos en Suazilandia se relacionó con el resurgimiento de la malaria. Y los programas de irrigación para el agronegocio en el valle de Awash en Etiopía, el negocio de la piña en Kenia, o el proyecto de Talata-Mafara del río Sokoto, al norte de Nigeria, impactaron negativamente en la economía y la nutrición de poblaciones enteras que, dedicadas históricamente a la agricultura a pequeña escala o la ganadería, fueron desplazadas hacia un medio urbano incapaz de ofrecer las condiciones necesarias de habitabilidad, salubridad y atención sanitaria (Packard, 1989: 482-486).

Con las descolonizaciones, los estados africanos fueron incorporando sus delegados a la Asamblea de la OMS. Al comienzo, la asistencia dada por este organismo internacional a la República Democrática del Congo en 1960 delimitó las funciones de la OMS a la rápida asistencia a los estados africanos independientes cuando se incorporasen a su Asamblea (Lee, 1998: 30). En sintonía a las prácticas anteriores, estas labores de asistencia dirigían su atención a programas de erradicación de la malaria, el control de otras enfermedades transmisibles y la formación de administradores locales de salud en un conocimiento médico occidental. Acorde a la hegemonía de un pensamiento biomédico, los estados africanos exigieron en la OMS que los países desarrollados incrementaran su asistencia sanitaria, por ejemplo, en formación médica, vacunas, material hospitalario, refrigeradores o vehículos⁶ (Lee, 1998: 31).

La teoría modernizadora del desarrollo, la relevancia de las comunidades de expertos, la dependencia de la ayuda para la lucha contra la enfermedad y el mantenimiento de los servicios sanitarios significó la reimaginación de los lazos coloniales a través del surgimiento de una cultura del desarrollo en que los africanos eran objetivo de las políticas internacionales de salud pero no parte activa de su diseño.

Esta nueva relación se edificó en la superioridad de un conocimiento occidental que debía ser enseñado a los receptores africanos de la ayuda. De esta forma, continuaba la dinámica colonial que había usado la salud para justificar a ojos del europeo la inferioridad de la población africana. El valor hegemónico dado a la técnica en la atención médica impidió crear las condiciones de posibilidad para que surgiera un conocimiento internacional sobre los determinantes sociales y económicas en la salud de la población africana que, como en el período anterior, permanecieron ausentes.

La pérdida de la hegemonía de la superioridad técnica occidental en el diseño de las políticas internacionales de salud fue producto de un movimiento que, desde la década de los 60, reivindicó internacionalmente una comprensión de la naturaleza social y política de la salud en los países considerados subdesarrollados. Además del protagonismo del doctor Halfdan Mahler, director general de la OMS, y de los fracasos de los planes verticales de erradicación de la enfermedad, otros elementos esenciales en el surgimiento de esta corriente fueron la incorporación al diseño de las políticas internacionales de salud de nuevas autoridades, como los delegados y representantes sanitarios de la China maoísta, los expertos en economía del desarrollo del Banco Mundial y un nuevo equipo de especialistas en salud pública internacional de la OMS. Los discursos de estas autoridades se introdujeron dentro de un orden internacional caracterizado por la guerra fría y la adaptación de la salud a las reivindicaciones por un Nuevo Orden Económico Internacional. Como veremos a continuación, los estados africanos participaron activamente en esta corriente. Internacionalmente, los delegados africanos junto a los delegados chinos hicieron demandas en la Asamblea de la OMS que desafiaban la superioridad de la biomedicina occidental. Y a nivel local, sus experiencias sanitarias merecieron la consideración de las nuevas comunidades de expertos en salud internacional de la OMS. Ambas actuaciones contribuyeron a desplazar la hegemonía de la lógica técnica occidental y los planes verticales de la enfermedad por una nueva forma de atender la salud de la población, que se concretó en el diseño de la Atención Primaria en Salud (APS). Todos estos elementos contribuyeron a que en 1978 se celebrara en Alma Ata (Kazajstán) la Asamblea Mundial de la Salud bajo el lema de «Salud Para Todos en el año 2000».

Las políticas de salud de países como China y Cuba habían merecido la atención de los expertos internacionales en salud pública de la OMS que, a finales de los 60, contemplaban el fracaso de los planes verticales de erradicación de la enfermedad. En la década de los 70, China, admitida en la OMS en 1973, defendió desde la Asamblea del organismo internacional los frutos de su particular revolución cultural en salud, un proceso caracterizado por la movilización de su población para combatir la esquistosomiasis, el alejamiento del uso de la tecnología, la apuesta por la educación sanitaria y la reforma del cuerpo de profesionales médicos. Las deman-

das de China, que en la década de los 60 había ofrecido ayuda sanitaria a algunos estados libres africanos, encontraron el apoyo de distintos representantes africanos en la OMS. Ya en 1967 y 1968, los delegados de Alto Volta (actual Burkina Faso), Nigeria, Guinea y Congo Brazzaville reclamaron a la División de Farmacología y Toxicología de la OMS analizar químicamente las plantas tradicionales usadas en sus terapias médicas, tanto por el interés de revalorizar su conocimiento como por el ahorro que su uso podía suponer para sus farmacopeas nacionales. También durante las asambleas mundiales de salud de 1973 y 1974 los delegados de Benín, Congo, Guinea, Camerún y Malawi reivindicaron su medicina tradicional como una afirmación positiva de su cultura. Los delegados africanos cuestionaron internacionalmente la superioridad del conocimiento biomédico y la medicina tradicional adquirió una categoría propia en el informe de la OMS de 1976-77 (Lee, 1997: 38).

Otro movimiento que contribuyó a la creación de una nueva agenda sanitaria internacional fue la aproximación desde los lenguajes del desarrollo a las necesidades básicas en salud. Durante la presidencia del Banco Mundial de Robert MacNamara (1968-1981) se incorporó a la organización una nueva comunidad de expertos en los lenguajes del desarrollo, que impulsó un discurso centrado en la pobreza entendida como condición social y no sólo como una característica macroeconómica del país (Finnemore, 1997). Satisfacer las necesidades fundamentales de la población significaba entre otras actuaciones garantizar el acceso a servicios públicos como educación, salud y saneamiento. Ante el fracaso de los planes verticales de lucha contra la enfermedad y la aparición de este nuevo lenguaje del desarrollo, los expertos en salud pública de la OMS y Unicef publicaron en 1976 el informe «Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo» (Djukanovic y March, 1976). En él se recogieron ejemplos sobre la atención al mundo rural, la educación en salud y la formación de personal sanitario que se venían desarrollando con éxito en varios países considerados subdesarrollados o en vías de desarrollo.

En relación con la experiencia contrastada en el terreno, los expertos en salud pública internacional de la OMS y la Unicef promovieron el diseño de una estrategia nacional de atención a la salud conocida como Atención Primaria en Salud, que se caracterizó por una mirada holística a los elementos sociales de la salud —la vivienda, el suministro de agua potable, el cuidado del medio ambiente o la higiene en el trabajo—; la consideración de los intereses sanitarios definidos por la población; una atención médica preventiva y no sólo curativa; la rebaja de la carga tecnológica; la equidad en el acceso a los servicios sanitarios; la importancia del centro rural de salud; y la formación del personal sanitario en función de las necesidades y los problemas locales. Entre las iniciativas recogidas en «Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo» aparecían ejemplos africanos, como la estrategia sanitaria de alcance nacional de Tanzania, la asis-

tencia sanitaria de alcance local en Níger y las técnicas para ampliar o mejorar la cobertura de los servicios de salud en Nigeria.⁷ Las experiencias de estos estados africanos se conectaron en el informe con las de Cuba, China o Bangladesh, y todas ellas mostraron distintas iniciativas de atención médica que desplazaban la hegemonía de la lógica técnica y la exclusividad de una actuación centrada en la lucha contra la enfermedad.

Con el telón de fondo de la guerra fría, la APS incorporó la salud a las exigencias de un Nuevo Orden Económico Internacional y la Unión Soviética promovió la celebración en Alma Ata de la conferencia «Salud para todos en el año 2000», que internacionalizó la estrategia APS y supuso una pequeña victoria del bloque comunista durante la guerra fría (Walt, 1992: 142). Aunque por las tensiones con la Unión Soviética, China no participó finalmente en la conferencia de Alma Ata, asistieron a la cita 134 gobiernos; 3.000 delegados; diferentes organismos internacionales, como el PNUD, la OIT y la FAO; organizaciones no gubernamentales, como la Comisión Cristiana, Medicus Mundi; y movimientos políticos, como la OLP y el South West African People's Organization, que contribuyeron tanto a desplazar la superioridad de la técnica en las políticas internacionales de salud como a enfocar la atención médica en la salud y no sólo en la lucha contra la enfermedad (Cueto, 2004). La filosofía de la APS, la declaración de Alma Ata y la presión de las ONG y diferentes redes sociales contribuyeron a crear en 1979 el Programa de Acción en Medicamentos Esenciales (PAME), con el objetivo de racionalizar el uso del medicamento y ayudar a desarrollar políticas farmacéuticas nacionales (Antezana y Seuba, 2008: 15; Walt, 1998: 139-140). En 1981, un código sobre la regulación de los sucedáneos lácteos frenó el lucro de las multinacionales farmacéuticas y alimentarias a la vez que desplazó la dependencia de la tecnología médica occidental en los cuidados y prácticas de salud materno-infantiles (Walt, 139-140).

Lo que todo este movimiento a favor de la APS concretado en 1978 recogió fue la respuesta dada por las comunidades al abandono sanitario que habían sufrido históricamente. Por ello, la prevención sanitaria, la formación de profesionales sanitarios a través de los medios al alcance de la comunidad, el poder de la comunidad en la toma de decisiones y la recuperación de los conocimientos locales fueron resultado de la incorporación al trabajo de los expertos en salud internacional basados en un enfoque de abajo hacia arriba, que se oponía al enfoque hegemónico de arriba hacia abajo de las políticas de salud anteriores. La población africana pasó de ser exclusivamente un objetivo de la agenda internacional de desarrollo en salud para convertirse en parte activa en su producción mostrando la *conciencia que tiene la población de las prestaciones a las que tiene derecho* (Djukanovic y March, 1976).

■ La revuelta sanitaria de Occidente (desde 1979)

Desde Alma Ata, las políticas de cooperación al desarrollo de la salud se han centrado en un conjunto variable de prescripciones institucionales y financieras cuyo objetivo ha sido la reforma continua del sector de salud. En África, el contexto se ha caracterizado por un trasfondo de crisis grave en los presupuestos del sector salud, una débil capacidad estatal para administrar y regular el sector sanitario y una baja participación de la sociedad civil. Dentro de ese marco las reformas han insistido en los mecanismos de financiación y en la mejora de los recursos humanos que han afectado a las propias políticas del sector, a la salud de la población africana y a las inequidades de género. (Standing, 2000).

Esquemáticamente, en la década de los 80 la agenda de la cooperación en salud hacia África siguió estos pasos: comenzó reduciendo el significado que Alma Ata había concedido al concepto de salud y a las prácticas de atención sanitaria; consolidó una mirada económica liberal en la salud, que redujo las competencias del Estado en beneficio del mercado; y terminó a principio de los 90 revisando las influencias del discurso ortodoxo neoliberal. La adecuación de la reforma de los servicios de salud a un lenguaje del desarrollo dio preponderancia a la agenda técnica del Banco Mundial sobre una OMS a la que diversos organismos internacionales, fundaciones privadas, agendas de donantes y expertos clínicos criticaron por haber hecho de la salud una herramienta política internacional (Walt, 1998: 127-130). Junto al Fondo Monetario Internacional y donantes como Estados Unidos, Gran Bretaña y Alemania, el Banco Mundial adecuó la atención médica dispensada a la población africana a la actuación en función de un criterio coste-eficacia, que privilegió la actuación sobre determinados perfiles epidemiológicos.⁸

Pero originariamente, la introducción de un criterio de eficacia económica para la atención sanitaria fue impulsada por una comunidad de expertos en salud pública internacional y no por las instituciones financieras internacionales. La crítica a la declaración de Alma Ata por plantear objetivos difícilmente alcanzables a corto plazo y el desplazamiento de la hegemonía de la autoridad biomédica que supuso la APS impulsaron un debate entre sus defensores y sus críticos. Así, un año después de Alma Ata, expertos en salud pública internacional provenientes de la academia adaptaron el significado de la APS a un enfoque programático que se llamó Atención Primaria de Salud Selectiva (APS-S), y que dirigió su atención a intervenciones específicas sobre grupos de alto riesgo, como las embarazadas y los niños (Walsh y Warren, 1979).

A través de la Conferencia «Salud y Población en Desarrollo» (1979), impulsada por la Fundación Rockefeller en Bellagio (Italia), y a la que asistieron el Banco Mundial, agencias nacionales de cooperación, como USAID, Canadian Internatio-

nal Development and Research Center, y fundaciones, como la Ford, se internacionalizó la APS-S (Cueto, 2004: 1868). La Unicef adoptó la APS-S en 1983, dentro de una estrategia para lograr una *revolución en pro del desarrollo y la supervivencia infantil*. La APSS se concretó a través de cuatro intervenciones: la vigilancia del crecimiento, la rehidratación oral, la inmunización y la lactancia materna (estrategia VRIL o GOBI, por sus siglas en inglés). En la práctica, la estrategia VRIL fue aun más limitada de lo que la sigla implicaba, ya que muchos países restringieron sus campañas de supervivencia infantil a la terapia de rehidratación oral y a la inmunización, fortaleciendo con ello la dependencia de Occidente, productor de esos bienes, y alejando los enfoques sociales y políticos de la APS (Irwin y Scali, 2007: 22).

El ataque a la APS en África se favoreció porque los donantes y las instituciones financieras internacionales condicionaron la entrega de fondos de ayuda al desarrollo a la puesta en marcha de unos Planes de Ajuste Estructural (PAE). Los PAE incorporaban tres prescripciones generales, que se aplicaron de manera homogénea a los estados e impactaron en sus servicios de salud: la reducción del papel del Estado –privatización–, la determinación libre de los precios por el mercado –liberalización– y la internacionalización de las economías nacionales a través de la reducción de barreras impositivas al comercio y a la inversión –desregulación. Desde 1981 a 1993 se aplicaron 126 programas de ajuste estructural en 42 estados africanos, que redujeron la inversión en los servicios públicos y los subsidios de bienes esenciales, como los alimentos. Las condiciones impuestas por los PAE supusieron el final de los planes basados en la APS impulsados a finales de los 70 por gobiernos como Zambia, Mozambique, Zimbabue y Malaui. Sobre los sistemas de salud de estos estados, los PAE recortaron los presupuestos a los recursos humanos, el mantenimiento, el equipamiento, las instalaciones sanitarias e impusieron tarifas a la atención médica.⁹

Los PAE en África aumentaron las inequidades de género al recortar servicios específicos a mujeres, como los ginecológicos, y maternos, que conllevaron un aumento de los partos domiciliarios, la desatención de la salud reproductiva y la menor ingesta nutricional infantil. Indirectamente, el aumento de la pobreza en las economías en período de ajuste incrementó la incidencia de las enfermedades transmisibles, la tasa de mortalidad infantil y el menor peso en los recién nacidos (Thrusan, 1999: 29-40). En el caso de Mozambique, el intento de volver a la APS fue fuertemente rechazado por el Banco Mundial y las agencias donantes (Werner y Sanders, 1997).

Los costes que los PAE supusieron a la salud de la población africana se intentaron contrarrestar con el diseño de la Iniciativa Bamako y la extensión de la labor de las ONG sanitarias en el terreno. La Iniciativa Bamako fue impulsada por la OMS y el BM en 1987. La iniciativa se diseñó a través del pago por servicios y enfocó su

atención en mujeres, niños y los sectores rurales más pobres, bajo una apuesta centrada en el acceso a los fármacos. En Ghana, Malí y Níger, la Iniciativa Bamako incrementó la alimentación a través de leche materna y aumentó el uso de servicios prenatales, de parto, de tratamiento de diarrea y de infecciones respiratorias agudas (Banco Mundial, 2004). Pero a diferencia de la APS, que centraba su atención en la salud pública de la comunidad, la Iniciativa Bamako individualizó la atención sanitaria, incorporó el pago individual por servicio y priorizó la atención a perfiles materno-infantiles en vez de a la comunidad (Werner y Sanders, 1997).

Durante la década de los 90, las ONG extendieron su presencia en el sector de salud englobando gran parte de los servicios sanitarios prestados a las sociedades africanas. Las primeras ONG con implicaciones en la atención sanitaria sobre la población africana fueron de origen estadounidense, y a lo largo de la década de los 90 se unieron las organizaciones europeas. Las ONG podían desplazarse físicamente e incorporaban a la mejora de la salud de la población otros sectores, como el acceso al agua potable o la alimentación. La flexibilidad del trabajo desarrollado por las ONG al operar sobre la base del proyecto aislado, no integrado en una estrategia nacional más amplia, hizo difícilmente sostenible la prestación de servicios médicos a la población. La duplicidad de esfuerzos respecto al Estado y la práctica de una medicina curativa dificultaron el desarrollo de una estrategia de salud pública preventiva a nivel nacional. Al incorporar las ONG mejores condiciones laborales y remuneradas absorbieron los limitados recursos humanos del Estado africano. Por todo ello, la labor de las ONG hizo sinapsis con una agenda neoliberal para la salud que, impulsada desde las IFI, desplazó el papel del Estado en el sector sanitario (Thrusan, 1999: 79-96).

Desde comienzos de la década de los 90, las políticas internacionales de salud se introducen en el conflicto establecido entre el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) por el dominio en la producción de un lenguaje internacional de desarrollo. El PNUD incorporó la salud a un concepto de desarrollo humano que atiende a satisfacer las necesidades básicas e incide en las capacidades y las libertades de elección de las personas (PNUD, 1990). Para este paradigma, la salud es una dimensión básica y no sólo el resultado de las reformas macroeconómicas y estatales propugnadas por el Banco Mundial. Desde el PNUD, se impulsó la organización durante la década de los 90 de numerosas conferencias y cumbres internacionales que abordaron las relaciones entre el desarrollo humano y aspectos sociales, medioambientales, de género, infancia o medio rural.¹⁰

En tensión con estas conferencias se produjo en el 2000 la Declaración del Milenio y los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), ejes de las actuales agendas y prácticas del desarrollo que consideran a África como una zona de actuación prioritaria. A comienzos del siglo XXI, los ODM han vuelto a considerar la

salud como un prerequisite para el desarrollo. En ellos, 3 de las 8 metas; 8 de los 18 objetivos; y 18 de los 48 indicadores, están directamente relacionados con la salud.¹¹ La emergencia y reemergencia global de diferentes enfermedades infecciosas ha fortalecido el protagonismo de la salud en la agenda internacional de desarrollo para África. De los 685 brotes epidémicos o eventos verificados por la OMS desde 2003 a 2006, que pueden revestir importancia para la salud pública internacional, 388 se han situado en África (OMS, 2007). Entre ellos, cobra importancia para el sistema internacional la extensión de la epidemia del VIH/sida.

Al conflicto entre las agendas del PNUD y del Banco Mundial por la producción de un lenguaje del desarrollo, le ha acompañado la tensión de comprender la amenaza del VIH/sida en África a través de un concepto de seguridad humana o de seguridad nacional. El PNUD, a través del concepto de seguridad humana, defiende el ejercicio libre, seguro y sostenido en el tiempo de las oportunidades y libertades que presenta el concepto de desarrollo humano (PNUD, 1994). A través de este paradigma, definió el primer Consejo de Seguridad del nuevo milenio la amenaza que suponía la extensión de la epidemia del VIH/sida en África. Pero desde las agendas de seguridad de diferentes estados occidentales, se ha interpretado la extensión del VIH/sida en África como una amenaza a la estructura del Estado africano, la estabilidad regional del continente, el comercio y la salud pública global (Price-Smith, 2001; Mc Innes y Lee, 2002; Brower y Chalk, 2003).

La comprensión del VIH/sida como una riesgo para la seguridad humana o la seguridad nacional ha permitido la puesta en marcha de planes verticales de lucha contra el VIH/sida en África, como son el Fondo Global de Lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis, y el Plan de Emergencia del presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR). El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), creado en el 2002 tras la Cumbre del G-8 en Génova (2001), acordó establecer una alianza público-privada entre donantes particulares, ONG, fundaciones, gobiernos nacionales y organizaciones intergubernamentales. Hasta el 2005, el 97% de las aportaciones fueron realizadas por el sector público y sólo el 3%, por el privado. Los recursos destinados al Fondo se dedican a la compra de fármacos a las propias empresas farmacéuticas. Por regiones, hasta el 2006, el 55% de las subvenciones se habían dirigido a África. Por enfermedades, en 2006, el 57 % de las subvenciones se había dirigido a la lucha contra el VIH/sida (Postigo, 2007: 115). La incorporación del VIH/sida a una agenda de seguridad y los criterios de acceso definidos por los organismos internacionales y las estrategias multilaterales encierran un dilema ético acerca de cuáles son los criterios usados para definir qué población accede y cuál queda excluida del tratamiento farmacológico (Elbe, 2006).

En África Occidental, estos criterios exigen cierto nivel económico, que garantice la continuidad del tratamiento; características socio-productivas, como ser funcio-

narios o pertenecer al sector de salud; y principios deontológicos, que dan tratamiento gratuito a la infancia y a los enfermos que pertenecen a grupos de apoyo que informan y previenen sobre la enfermedad (Declaux, 2004). Por su parte, el programa bilateral que más dinero da a la lucha contra el VIH/sida, el Plan de Emergencia del presidente de Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), promueve desde 2003 una estrategia «abc» (*Abstinence, Be Faithful and Use Condoms*), para frenar la epidemia en el continente africano. Aunque la epidemia del VIH/sida en África presenta una alta variabilidad en sus indicadores de impacto y prevalencia entre los estados africanos (Bidaurratzaga, 2007), la estrategia del PEPFAR, impulsada desde los sectores más conservadores del anterior Gobierno Bush, revitaliza una lógica biológico-cultural, que relaciona la lucha contra el VIH/sida con el control sexual y las políticas de abstinencia hasta el matrimonio (Burkhalter, 2007).

También se ha criticado cómo los planes verticales de lucha contra el VIH/sida, al contar con administraciones autónomas y recursos propios, debilitan las capacidades de los servicios de salud y arrastran fuera del servicio público a profesionales sanitarios, que también están saliendo de los países africanos para trabajar en los países del norte. (Garrett, 2007; Garrett y Farmer, 2007). Para fortalecer los servicios sanitarios africanos y evitar los impactos negativos de los planes verticales frente al VIH/sida, se busca coordinar la multiplicidad de iniciativas de salud hacia África a través de un lenguaje técnico que busca mejorar la eficacia y la calidad de la ayuda internacional en salud. Se trata de establecer un nuevo marco de relación que, en base a un vocabulario de apropiación, alineación, armonización, gestión orientada a resultados y mutua responsabilidad, anule las relaciones de poder en el diálogo entre donante y receptor. Estas características, recogidas en la Declaración de París 2005, se han dotado para su concreción de una herramienta de apoyo sectorial, conocida como SWAP (Sector-Wide Approach Programmes), que apuesta por una mirada holística o sistemática sobre el conjunto de los sectores y actores que integran la salud en la sociedad africana (Pita, 2006). Los SWAP y la declaración de París se presentan como los principales elementos para alcanzar una soberanía participativa nacional en materia de salud para los estados africanos (Garay, 2008).

■ Conclusiones

A lo largo del artículo hemos visto cómo históricamente diferentes comunidades de expertos –diplomáticos sanitarios, escuelas de Medicina Tropical, economistas del desarrollo y médicos especializados en salud pública– se han incorporado históricamente a diferentes instituciones internacionales –conferencias sanitarias internacionales, Oficina de Higiene de París, Oficina de Salud de la Liga de las Naciones, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial– desde donde han

producido diferentes conocimientos que han contribuido al diseño de unas políticas sanitarias internacionales.

Este conocimiento ha articulado unas imágenes y unos discursos desde los que Occidente ha legitimado históricamente la aplicación de unas políticas de salud a la población africana.¹² Así, durante el colonialismo, dominó una imagen fija que interpretaba la enfermedad en África desde una lógica cultural-biológica asociada a la internacionalización de unos intereses occidentales relacionados con el control de ciertas enfermedades infecciosas. Este dominio se actualizó tras la Segunda Guerra Mundial, con las primeras agendas de desarrollo internacional y fue desplazado durante la década de los 70 por un movimiento internacional a favor de la APS. La participación activa de las sociedades y los estados africanos en este movimiento supuso la aparición de nuevos discursos e imágenes relacionados con la salud. Por ello, África contribuyó a desvelar la naturaleza política de la salud internacional al mostrar la historia y los conocimientos que los planes verticales y la hegemonía del pensamiento biomédico habían contribuido a ocultar. En la década de los 80, Occidente recupera el dominio de las relaciones conocimiento-poder en la agenda internacional de la salud a través del debilitamiento tanto conceptual como físico del paradigma de la APS.

Desde la década de los 90, la reforma de los servicios de salud en África convive con la lucha contra el VIH/sida y la amenaza de un fortalecimiento en la lógica biológico-cultural para interpretar la extensión del VIH/sida en el continente. Este relato histórico permite comprender las actuales políticas internacionales de salud con el continente como parte de una historia de más larga duración. Desde este enfoque histórico, podemos investigar cómo Occidente actualiza su dominio en unas relaciones conocimiento-poder dirigidas ahora a una agenda caracterizada por la neutralidad de sus marcos de actuación y la lucha contra el VIH/sida.

Por último, queremos subrayar que esta recuperación histórica encierra otro interés: nos permite mirar a África no sólo como un espacio receptor de políticas sanitarias internacionales sino también como un actor histórico en la construcción y transformación de las autoridades, lenguajes, normas y herramientas de la salud internacional.

Este artículo ha sido posible gracias a una beca de investigación concedida por el Grupo de Estudios Africanos (GEA) de la Universidad Autónoma de Madrid durante el 2007/08 y el 2008/09. Desde aquí quiero agradecer a las compañeras y los compañeros del GEA el apoyo y la confianza dada a lo largo de este tiempo.

1. Aunque esta barrera no aisló patológicamente a África de otras enfermedades del eje euro-asiático, porque dinámicas sociales, como las conexiones comerciales del este del continente con la India y las rutas de peregrinación a la Meca que atravesaban el norte de África permitieron el conocimiento de la viruela, por lo menos en ciertas partes del continente con anterioridad a la expansión europea (Illief, 1998: 13-14). De igual manera, antes de la expansión colonial, África ya era un espacio de intercambio de conocimientos terapéuticos, por ejemplo, con el Islam (Abadalla, 1992)
2. Un ejemplo de las resistencias africanas a las políticas sanitarias coloniales se encuentra en Terence Ranger, «The influenza Pandemic in Southern Rhodesia; a crisis of comprensión» (Ranger, 1988)
3. La primera campaña médica en el terreno se desarrolló en Polonia tras la Primera Guerra Mundial para frenar la extensión del tifus y la viruela. La asistencia directa a gobiernos comenzó con Bolivia, Grecia y China. La Fundación Rockefeller fue el principal colaborador que tuvo la Liga de Naciones en sus campañas de erradicación y tras las aportaciones de los estados, fue su segundo financiador (Goodman, 1952: 127-128).
4. En 1957 se independiza Ghana y en 1960, quince países africanos logran la independencia: Benín, Burkina, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Gabón, Costa de Marfil, Madagascar, Malí, Níger, Nigeria, Senegal, Somalia y Togo. A partir de 1974, comienzan su independencia las colonias portuguesas.
5. Por ejemplo, Francia y Bélgica incorporan el esquema de seguridad social –pensiones, servicios de salud, ayudas frente a la enfermedad, maternidad, herida, incapacidad o desempleo– para asegurar la retirada de los funcionarios coloniales en Burundi (1956), Guinea (1959), Mauritania (1951), Ruanda (1956) y Congo (1956) (Turshen, 1999: 151).
6. Estas exigencias estaban acordes con el espíritu defendido en la Conferencia de Bandung (1955), que confirmó la adscripción de las naciones no alineadas a la centralidad política del Estado, a un modelo de desarrollo basado en el crecimiento económico y la exigencia de un mayor suministro de recursos técnicos (Rist, 2002: 98-106).
7. El informe subrayaba también las dinámicas políticas que habían alentado estas experiencias, como había sucedido en Tanzania con la Declaración de Arusha (1967) y su estrategia basada en el auto-desarrollo.
8. Tres documentos del Banco Mundial caracterizan su influencia sobre la agenda de reformas en el sector salud: *Health sector policy paper* (1980), *La financiación de la salud: una agenda para la reforma* (1987) y el de mayor trascendencia, el *Informe anual sobre Desarrollo* (1993), dedicado al sector salud y titulado *Invertir en Salud* (1993). En el informe *Invertir en Salud*, el Banco Mundial presentó los *Años de Vida Ajustados a Discapacidad (AVAD)*, que combinan los años de vida saludables perdidos a causa de mortalidad prematura y los perdidos como resultado de la discapacidad. La aplicación del criterio de los AVAD a las reformas del sector salud permitió seleccionar un paquete mínimo de intervenciones clínicas (Banco Mundial, 1993: 17-18).
9. Por ejemplo, en Costa de Marfil la atención en el Hospital Universitario de Abiyán decreció el 50% y el precio de los medicamentos subió del 30% al 70% en 1994, lo que desmoralizó a los médicos y redujo las consultas médicas. En Ghana, se pasó de 1.782 médicos en 1985 a 965 en 1991. En Senegal, de 1980 a 1993, el número de personas atendidas por una enfermera creció de 1.931 a 13.174. La aplicación en 1991 de un nuevo PAE a Zimbabue supuso que en 1998, 7.000 enfermeras estuvieran fuera de su sistema de salud (Schoepf, B., Schoepf, C., y Millen, J. V., 2000: 109-118).

-
10. Algunas de estas conferencias fueron: la Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro 1992), la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekín, 1995).
11. Las tres metas son: reducir la mortalidad infantil –objetivo número cuatro–, mejorar la salud materna –objetivo número cinco– y combatir el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis –objetivo número seis.
12. Esta idea la profundiza Didier Fassin para el caso de la historia de las políticas de salud en Suráfrica (Fassin, 2007)

BIBLIOGRAFÍA

- ABDALLA, Ismail; «Difusión of Islamic Medicine into Hausaland», en Steven FEIERMAN y John M. JANZEN. *The Social Basis of the Health and Healing in Africa*, University of California, 1992.
- ANTEZANA, F y SEUBA, X; *Medicamentos esenciales. Historia de un desafío*. Madrid, Icaria, 2008.
- ARNOLD, David: *La naturaleza como problema histórico. El medio, la cultura y la expansión de Europa*, México, Fondo de Cultura Económica, 1996.
- BANCO MUNDIAL: *Invertir en Salud. Resumen ejecutivo*. Washington, 1993.
- BANCO MUNDIAL: «La Iniciativa Bamako». *Informe Desarrollo Mundial 2004*, Washington, Banco Mundial, 2004. pp. 76-77.
- BIDAURRATZAGA, Eduardo: «Desarrollo Humano en África subsahariana: evolución y perspectivas de la educación y la salud», en SANTAMARIA, Antonio y OYA, Carlos, *Economía política del desarrollo en África*. Madrid: Akal, 2007.
- BROWNWE, J. y CHALK, P.: *The Global Threat of New and Re-emerging Infectious Diseases*, RAND, 2003.
- BURKHALTER, Holly: «The politics of AIDS» *Foreign Affairs*. Enero/Febrero 2007.
- BUTCHART, Alexander: *The Anatomy of Power: European constructions of the African body*, Londres: Zeed Books, 1998.
- CASTRO, Manuel: «La salud en el Golfo de Guinea», Trujillo, *África hacia el Siglo XXI*. Madrid. Casa África. 2001.
- CATANACH, J.: «Plague and the tensions of empire: India 1896-1918» en David Arnold, *Imperial Medicine and Indigenous Societies*, Manchester University, 1989.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En línea:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- COMAROFF, Jean: «The diseased Heart of Africa. Medicine, Colonialism, and the black body en Knowledge», LINDEMBAUM, SHIRLEY y LOCK, *Knowledge, Power and Practice, The anthropology of Medicine and. Everyday Life*, Berkeley, 1993.
- COOPER, Frederick: *Africa since 1940*, Cambridge University Press, 2002.
- COX, R y JACOBSON, H: «WHO: Medicine, Regionalism and Managed Politics», *The anatomy of influence. Decision making in international organization*, Yale, 1974.
- CUETO, Marcos: «The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care», *American Journal of Public Health*, noviembre 2004, 1864-1874.
-

- DECLAUX, Alice: «Equity in access to AIDS treatment in Africa: Pitfalls among achievements» en *Unhealthy health policy*, Castro y Singer, Altamira Press, 2004.
- DJUKANOVIC, V. y MARCH, E. P.: *Distintos medios de atender las necesidades fundamentales de salud en los países en desarrollo*, Ginebra: OMS y UNICEF, 1976.
- DUBIN, Martin: «The League of Nations Health Organisation» en Paul WEINDLING, *International Health organizations and movements, 1918-1939*, Cambridge, 1995.
- ELBE, Stefan «Should HIV/AIDS be Securitized? The Ethical Dilemmas of Linking HIV/AIDS and Security», *International Studies Quarterly*, vol. 50, No. 1, marzo, 2006, pp. 119-144.
- FARLEY, John: *Bilharzia; a problem of native Health, 1900-1950* en David Arnold *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, 1988
- FASSIN, Didier: *When Bodies Remember: Experiences and Politics of AIDS in South Africa*, Berkeley: University of California, 2007.
- FILDER, David: «The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy», *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, p. 79.
- FINNEMORE, Martha: «Redefining Development at the World Bank» *International Development and the Social Sciences: Essays in the Politics and History of Knowledge*, en COOPER, F y PACKARD, R., Berkeley: University of California Press, 1997, pp: 203-223.
- GARAY, Juan: «La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia» en Eduardo BIDAURRATZAGA *Cuadernos de Trabajo de HEGO*, número 45. Julio 2008.
- GARRET, Laurie: «The challenge of Global Health», *Foreign Affairs*, Enero/Febrero 2007; pp: 14, 38.
- GARRET, L y FARMER, P.: «From marvellous momentum to health care for all. Success is possible with the right programs», *Foreign Affairs*, 2007; 86 (2); pp: 155-161.
- GOODMAN, Neville: *International Health Organizations and their Work*, Philadelphia-New York, The Blakiston, 1952.
- ILIFFE, John: *África: Historia de un Continente*, Cambridge University Press, 1998.
- IRWIN, John y SCALI, Emile: *Action on the social determinants of health: A historical perspective*, Global Public Health, 2007.
- LEE, Sung: «WHO and the developing world: the contest for ideology» en Andrew CUNNINGHAM y Bridie ANDREWS, *Western medicine as contested knowledge*, Manchester, 1997.
- MARYNEZ LYONS: «Sleeping sickness epidemics and public Health in the Belgian Congo» en David Arnold: *Imperial medicine and indigenous societies*. 1988.
- MATEOS JIMÉNEZ, Juan: «Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938)» *Rev. Esp. Salud Pública*, número 3, vol. 79, 2005.
- Mc INNES, Collin y LEE, Kelley: «Health, security and foreign policy», *Review of International Studies*, 2002, 32 (1) pp: 5-23.
- Objetivos del Desarrollo del Milenio*. En línea. <http://www.un.org/millenniumgoals>
- OMS, «Un porvenir más seguro. Protección a la salud pública mundial en el siglo XXI». *Informe Sobre la Salud en el Mundo*, Ginebra, OMS, 2007.
- ONUSIDA (2007), *Situación de la epidemia de Sida*, Ginebra 2007.
- PACKARD, Randall: «Industrial Production Health and Disease in Sub-Saharan Africa», *Social Science & Medicine* (28) 1989, pp: 475-479.

-
- PACKARD, Randall y EPSTEIN, Paul: «Epidemiologists, Social Scientists and Structure of Medical Research on AIDS in Africa», *Social Science and Medicine* 33. 1991.
- PITA, Juan Ignacio: *Nuevos Instrumentos de la cooperación española: la experiencia mozambiqueña*. Madrid. Fundación Carolina CeALCI. 2006.
- PNUD, «Definición y medición del Desarrollo Humano» en *Informe sobre el Desarrollo Humano*. PNUD. 1990.
- PNUD, «Nuevas Dimensiones de la Seguridad Humana». *Informe sobre el Desarrollo Humano*. PNUD. 1994.
- POSTIGO, Diego y MANZANEDO, Cristina: «El papel de la AOD en el cumplimiento de los ODM» en VV.AA. *Cumpliendo Objetivos. Diseño de las Políticas para lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio*. Entinema. Madrid. 2007.
- PRICE-SMITH, Andrew T.: *Plagues and Politics. Infectious Disease and International policy*. Palgrave. 2001.
- PROSALUS, MÉDICOS MUNDI y MÉDICOS DEL MUNDO, *Informes: La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria* (Madrid: 2005, 2006).
- RANGER, Terence: «The influenza Pandemic in Southern Rhodesia; a crisis of comprensión», en David Arnold: *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, 1988.
- RIST, Gilbert: *El desarrollo. Historia de una creencia Occidental*. Madrid, Los Libros de la Catarata, 2002.
- SCHOEPF, C., SCHOEPF, J., y MILLEN, J.: «Theoretical Therapies, Remote Remedies: SAPs and the Political Ecology of Poverty and Health in Africa» en MILLEN, K; IRWIN, J y GERSHMAN J.: *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*, Maine, 2000.
- STANDING, Hilary: *El género y la reforma del sector salud*, Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center, 2000.
- TURSHEN, Merediht: *Privatizing Health Services in Africa*, Rutgers, 1999.
- VAUGHAN, Megan: *Curing their Ills. Power and African Illnes*, Cambridge, 1991.
- WALSH, Julia y WARREN, Kenneth S.: «Selective and Primary Health Care, an Iterim Strategy for Disease Control in Developing Countries», *New England Journal of Medicine*, n. 301. 1979, pp. 967-974.
- WALT, Gill: *Health Policy. An introduction to process and power*, Londres, Zed Books, 1998.
- WERNER, David y SANDERS, David: *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival*, Palo Alto, CA: Healthwrights, 1997. En línea: <http://www.healthwrights.org/static/cuestionando/inicio.htm>
- WORBOYS, Michael «The discovery of colonial malnutrition between the wars» en ARNOLD, David, *Imperial medicine and indigenous societies*, Manchester University Press, 1988.
-