



Nuevos retos y oportunidades en un mundo globalizado: análisis político de la respuesta al VIH/Sida en México

New challenges and opportunities in a globalized world: a political analysis of the response to HIV/AIDS in Mexico.

Antonio Torres-Ruiz
Departamento de Ciência Política
Universidade de Toronto
100 St. George Street
Toronto Canada M5S 3G3
antonio.torres.ruiz@utoronto.ca

TORRES-RUIZ, A.: Nuevos retos y oportunidades en un mundo globalizado: análisis político de la respuesta al VIH/Sida en México.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 649-74, julio-sept. 2006.

Este trabajo, síntesis de una investigación más amplia sobre la economía política del VIH/Sida en México, analiza la distinción entre globalismo neo-liberal (agenda ideológica y mayormente económica) y globalización (fenómeno mundial y multidimensional). Sostiene que la existencia de alternativas al paradigma neo-liberal es resultado de circunstancias político-económicas y sociales concretas de la realidad mexicana en el contexto de la globalización que han originado la formulación de políticas públicas relativamente más incluyentes. Se enfatiza en el contraste entre redes de políticas públicas excluyentes, como las que han caracterizado el proceso de reformas económicas estructurales o la re-estructuración del financiamiento de los sistemas de salud, y redes de políticas públicas con trabajo en VIH/Sida que se caracterizan por ser más incluyentes y democráticas. Como se discutirá, ambos tipos de redes funcionan tanto en México como en el ámbito global.

PALABRAS CLAVE: globalización; globalismo; redes de políticas públicas; VIH/Sida; México.

TORRES-RUIZ, A.: New challenges and opportunities in a globalized world: a political analysis of the response to HIV/AIDS in Mexico.

História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 649-74, July-Sept. 2006.

This work is a synthesis of an investigation into the political economics of HIV/AIDS in Mexico within the context of globalization. It is based on a distinction between what is defined as neo-liberal globalism (an ideological and overwhelmingly economic agenda) and globalization (a worldwide, multidimensional phenomenon). The core argument is that the existence of real alternatives to the neo-liberal paradigm results from a series of political, economic and social circumstances which are very real in Mexico today in the context of globalization, which have given rise to a rather more inclusive policy-making process. Special emphasis is given to the contrast between exclusive public policy systems, such as those seen in the process of structural economic reforms or the re-structuring of the financing of healthcare systems, and public policy systems which work with HIV/AIDS, which tend to be more inclusive and democratic. Both types of system operate in Mexico and in other parts of the world.

KEYWORDS: Globalization, globalism, public policy networks, HIV/AIDS, Mexico.

* El presente análisis representa una síntesis de algunas de las ideas centrales de la tesis para la obtención del grado en Doctor en Ciencias Políticas por la Universidad de Toronto, Canadá, titulada *An elusive quest for democracy and development in a globalized world: the politics of HIV/Aids in Mexico*. Dicho trabajo ha sido el resultado de cinco años de investigación sobre los efectos de la globalización en el proceso de democratización en México y la respuesta por parte del sector público y la sociedad civil en el combate a la epidemia del VIH/Sida. Debo reconocer el apoyo institucional y financiero que he recibido para tal investigación, tanto en Toronto como en el trabajo de campo en México, Brasil, y Cuba, por parte de la Universidad de Toronto, el Consejo Internacional para Estudios Canadienses - ICCS del gobierno de Canadá, el Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C. (México) y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del gobierno Mexicano

La idea central de este trabajo es presentar un breve análisis de las alternativas existentes en lo que se refiere a políticas públicas de salud y para el combate al VIH/Sida¹ en México, en el contexto de la globalización. Como tal, el presente trabajo se basa en la distinción entre lo que defino como globalismo neo-liberal (una agenda ideológica y mayormente económica) y la globalización (un fenómeno mundial y multidimensional). En el caso de México y sus correspondientes políticas para el combate y tratamiento del VIH/Sida, sostengo que la existencia de alternativas reales al paradigma neo-liberal es resultado de una serie de circunstancias político-económicas y sociales muy concretas de la realidad mexicana en el contexto de la globalización, las cuales han dado origen a un proceso de formación de políticas públicas más incluyentes. De tal manera, se hará énfasis en el contraste que existe entre, por una parte, redes de políticas públicas excluyentes como las que han caracterizado el proceso de reformas económicas estructurales o la re-estructuración del financiamiento de los sistemas de salud, y por la otra, redes de políticas públicas con trabajo en VIH/Sida, las cuales se caracterizan por ser más incluyentes y democráticas. Como se discutirá en el cuerpo de este trabajo, ambos tipos de redes se encuentran funcionando tanto en México como en el ámbito global.

Abordar el tema de la globalización es esencial para el análisis del VIH/Sida, dado que esto facilita la mejor comprensión de una realidad mundial en la que los problemas de salud se encuentran crecientemente determinados por su carácter global. Esto último no sólo en términos del alcance geográfico de los problemas de salud, sino también en lo que se refiere a la manera en que la respuesta a estos problemas influye en la implementación de políticas públicas en el ámbito nacional. Es precisamente en el contexto de la globalización donde me interesa analizar la creciente importancia de los vínculos entre actores domésticos y externos y el impacto que estas interacciones tienen en el proceso de democratización y en la formulación de políticas de salud en México. Con el fin de facilitar el análisis de dichas interacciones, presentaré y definiré el concepto de redes de políticas públicas (*public policy networks*), el cual representa una herramienta teórica de mucha utilidad en la redefinición de uno de los elementos tradicionalmente centrales para la formulación de políticas públicas del sistema político mexicano: los círculos cerrados de aliados políticos y servidores públicos conocidos como 'camarillas' – que serán definidas más adelante. Como tales, en las últimas décadas, algunas camarillas se han vuelto de carácter más tecnocrático, como es el caso de aquellas involucradas en la puesta en marcha del proceso de reforma económica neo-liberal, mientras que otras, como por ejemplo en el sector salud y el combate al VIH/Sida, se han visto debilitadas y de alguna manera integradas a redes de políticas públicas más incluyentes y democráticas.

Globalización vs. globalismo

Primero que nada, es necesario definir y diferenciar los conceptos de globalismo y globalización. Para fines del presente análisis, el discurso económico neo-liberal conocido en su forma original como el Consenso de Washington, emanado de instituciones financieras como el Fondo Monetario Institucional – FMI, el Banco Mundial – BM y el Tesoro Estadounidense, representa una agenda ideológica a la cual me referiré en el resto del presente análisis como globalismo. Como tal, esta agenda de liberalización económica y libre mercado ha sido apoyada por corporaciones transnacionales – CT y por la Organización Mundial de Comercio – OMC,² entre otros actores tanto domésticos como internacionales. Por otra parte, el concepto de globalización representa un fenómeno histórico más amplio, el cual no sólo incluye a una diversidad de actores, ideas y tendencias, sino que también es de carácter multidimensional y representa las crecientes interconexiones culturales,³ económicas, políticas, sociales y tecnológicas que caracterizan la realidad mundial actual.⁴ Definida de esta manera, y como veremos para el caso del VIH/Sida en México, uno de los argumentos centrales del presente análisis es que la globalización representa tanto una amenaza como una oportunidad para el desarrollo de cualquier país. Por su importancia, y como es de esperarse, la interacción de ambos factores, es decir la globalización y el globalismo, se ha convertido en el centro de atención de varios estudiosos del desarrollo (ver Cerny, 1995; Rajae, 2000; Sandbrook, 2003) y representa un reto para el análisis de la relación entre el estado y la sociedad civil.

Entre los efectos negativos del globalismo en países como México se cuenta el deterioro de la capacidad de recaudación fiscal del estado, debida a factores como la reducción de impuestos a los grandes capitales para fomentar la inversión extranjera, la privatización de empresas paraestatales y la ‘flexibilización’ del mercado laboral. Como lo señala Clapham (2002, p. 781), el conjunto de reformas económicas con orientación neo-liberal ha dejado a un gran número de gobiernos en países del Sur Global en condiciones precarias para poder hacer frente a las necesidades de poblaciones crecientemente empobrecidas. Sin embargo, pese a estas circunstancias, y en contra de las presiones ejercidas sobre el estado, este último permanece como una entidad decisiva y mediadora, cuyo control seguirá siendo causa de la lucha entre los distintos actores económicos (ver Gray, 1998, p. 77).

A pesar de que tanto el BM como el FMI se declaran a favor de instituciones democráticas en todo el mundo, sus acciones, como la imposición de reformas estructurales, debilitan el proceso de legitimación del estado ante los ojos de sus respectivas poblaciones (ver Walton, 1989). De hecho, está claro que para ambas

instituciones financieras, las reglas del mercado deben ser elevadas más allá de cualquier posibilidad de ser re-evaluadas por un proceso democrático. De ahí que un creciente número de críticos se manifieste a favor de la necesidad de democratizar el mismo proceso de globalización (ver Amin, 2000; Sen, 1997). De hecho, grupos sociales tan diversos como sindicatos, comunidades de base eclesíásticas, campesinos, ecologistas y minorías sexuales se han movilizado en respuesta a los altos costos que ha tenido la implementación de la agenda globalista (ver Przeworski, 1991; 1995).

Afortunadamente, algunas de las críticas dirigidas al proceso de reforma estructural han sido escuchadas dando pie a la revisión de dichas reformas, por parte de economistas del BM, a través de la recolección de evidencia empírica sobre los efectos de la primera ola de reformas económicas. Esto dio origen a modelos híbridos que incorporan algunas consideraciones de tipo social (ver Birdsall, 1993; Psacharopoulos, 1993; Hausman, 1994). Como consecuencia, al menos de manera oficial, el BM ha reconocido la importancia del rol que juega el estado en el proceso de desarrollo⁵ y ha incorporado la idea de participación social buscando asociarse con organizaciones no gubernamentales – ONGs con el fin de mitigar dichos efectos negativos. Sin embargo, se debe reconocer que la idea de participación social no está exenta de problemas, dado que la incorporación de la sociedad civil o de ONGs trae consigo el riesgo de que los distintos actores sociales modifiquen sus actividades y principios con el fin de ser aceptados y así recibir fondos por parte del Banco y otros organismos internacionales. Más aún, existe también el cuestionamiento sobre la transparencia en la selección de los grupos que son aceptados para participar en el proceso de discusión, planeamiento e implementación de programas de desarrollo y sobre la naturaleza misma de dicha participación. Estas son preguntas centrales que serán brevemente abordadas en las siguientes secciones para analizar el desarrollo y el proceso de democratización en el caso concreto de México y el VIH/Sida.

El nuevo énfasis sobre políticas sociales también puede ser considerado como el resultado del trabajo de oficiales, tanto al interior del Banco, como de gobiernos locales con una visión moderada de la agenda globalista. Entre las políticas sociales que han recibido mayor atención en esta segunda generación de reformas se encuentran las de salud, debido en gran parte a la creciente evidencia del impacto negativo de las reformas económicas sobre la salud de la población y la capacidad del estado para responder a los retos que presentan los viejos y nuevos problemas de salud entre las poblaciones marginadas (ver Buse et al., 2002; Fidler, 2003).

Como veremos en el análisis que se presenta a continuación, en el caso del VIH/Sida, afortunadamente y a pesar de la fuerte influencia de la agenda globalista, el trabajo conjunto de varios gobiernos,

organizaciones gubernamentales internacionales y grupos de la sociedad civil sirve de ejemplo de cómo el estado es capaz de responder a las necesidades de la población y de reafirmar su poder y autonomía en el contexto de un mundo crecientemente globalizado. Como tal, en el combate mundial al VIH/Sida, y más específicamente en el caso de México, podemos observar la manera en que el fenómeno de la globalización representa no sólo nuevos retos sino también nuevas oportunidades para los procesos de democratización y desarrollo.

Salud global y VIH/Sida

Entre los factores que han contribuido al deterioro de la salud en regiones marginadas, algunos de los cuales han sido el resultado de la implementación de la agenda globalista, podemos listar el incremento de la pobreza, la acelerada urbanización, el deterioro ambiental, el acceso inequitativo a servicios de salud y la reducción del gasto público en infraestructura de salud. Como consecuencia de la mayor vulnerabilidad de la población en las regiones más pobres del mundo, algunas enfermedades han hecho una nueva aparición en el escenario mundial, como es el caso del cólera y la tuberculosis, mientras que otras, como el VIH/Sida, han afectado de manera proporcionalmente mayor a dicha población. De hecho, el VIH/Sida puede verse como un producto y una causa de la globalización, interconectando de manera creciente a todas las regiones del mundo. Como lo señala Altman (2002, p. 69), el VIH/Sida se ajusta a nuestra concepción de globalización en términos de su alcance epidemiológico, de la movilización para su combate y de la preponderancia de ciertos discursos para la comprensión de la epidemia. En este contexto, las condiciones de cada comunidad han determinado la especificidad de las respuestas, tanto locales como nacionales (ver Altman, 1994).

Una de las razones centrales para incorporar el análisis de la globalización y la salud global al estudio del caso del combate al VIH/Sida en México es el interés por dejar claro que la salud se encuentra cada vez más determinada por otros sectores, como son el comercio y el sector financiero, así como el medio ambiente, el mercado laboral, las telecomunicaciones y el transporte en el ámbito mundial. En este contexto, no sólo la Organización Mundial de la Salud – OMS, sino diversos organismos gubernamentales internacionales como el BM o la OMC se han convertido en actores centrales, cuyas decisiones tienen un impacto crecientemente importante sobre la salud pública de los distintos países (ver Banco Mundial, 1993; 1997; OMC, 2001).

A nivel mundial, en 2002, el 90 por ciento de la gente viviendo con VIH/Sida se encontraba en países del Sur Global (Onusida/

OMS 2002, p. 3), muchos de ellos ignorando ser portadores del virus. Desde los primeros casos identificados hace más de dos décadas, alrededor de 60 millones de personas han sido infectadas, de las cuales más de 20 millones han muerto. A pesar de que a nivel mundial la esperanza de vida se ha incrementado en 17 años en el último medio siglo, en varios países del África al sur del Sahara se ha presentado una significativa disminución de la esperanza de vida. Este retroceso está ligado a las pandemias de tuberculosis y de VIH/Sida. En la región, más de 2 millones de personas mueren cada año a causa de estas enfermedades y cerca de 30 de los 40 millones viven con el virus hoy en día. Los efectos negativos de la pandemia se han visto exacerbados debido al incremento de la pobreza y a la puesta en marcha de los programas de reforma estructural y su impacto negativo en la deficiente infraestructura de salud (Yong Kim et al., 2000, p. 5). Si bien es cierto que la salud siempre ha estado ligada a problemas como la pobreza, la inequidad y la escasez de recursos económicos, hoy en día existe una acentuada dimensión global derivada de las crecientes interconexiones geográficas, así como de la mayor intensidad y densidad de dichas interconexiones (ver Buse et al., 2002). En este contexto, el hablar de salud global nos permite hacer referencia a las distintas maneras en que la globalización y el globalismo influyen en las políticas de salud, igual que en las políticas implementadas en este contexto.

Aunque en América Latina la epidemia no ha alcanzado las dimensiones catastróficas observadas en África, sí existe una creciente preocupación por prevenir una situación similar. En particular, en años recientes se ha presentado un incremento en la propagación del virus entre la población latinoamericana pobre y los sectores sociales con menor educación, aunque el mayor impacto continúa estando entre la población masculina homosexual o de hombres que tienen sexo con otros hombres – HSH (ver Izazola y Siqueiros, 1999; Fórum 2000; Foro 2003).⁶

En México, existen alrededor de 160 mil casos de gente viviendo con el virus y aproximadamente 90 mil de ellos con Sida (ver Cuadro 1). En este caso, es necesario enfatizar el efecto de la epidemia sobre las mujeres y las minorías sexuales. En un país eminentemente católico, la mujer tiende a tener poco control sobre la vida sexual de su pareja, mientras que las minorías sexuales son fuertemente discriminadas y marginalizadas. Grupos conservadores y la Iglesia Católica hacen presión para restringir la libertad de la mujer para ejercer una vida sexual informada y que le permita protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (Hernández Ávila et al., 1995, p. 116-7; ver también González Ruiz, 2002). De igual manera, las minorías sexuales, y especialmente la población homosexual/bisexual masculina o HSH, enfrentan la hostilidad de grupos conservadores, y en algunos casos de la población en general

o de autoridades gubernamentales, lo que resulta en discriminación y violación de sus derechos humanos (ver Galván Díaz et al., 1991; Pecheny, 2003; Parker et al., 2003). La tasa de prevalencia es cuatro veces mayor en hombres entre los 20 y 44 años de edad, con un predominio en transmisión por contacto sexual en 91 por ciento de los hombres y un 55,6 por ciento de las mujeres, con una tasa de infección entre mujeres con tendencia creciente en las zonas rurales (Cáceres, 1999, p. 232; ver también Secretaría de Salud, 2004).⁷ Sin dejar de reconocer la importancia que merece el análisis del impacto de la enfermedad sobre la población femenina o las poblaciones indígenas, el presente trabajo se enfoca al estudio del efecto que el VIH/Sida ha tenido sobre la visibilidad de las minorías sexuales. Por su parte, en comparación con otros países de la región, la tasa de infección entre usuarios permanece a un nivel bajo (ver Secretaría de Salud, 2004).

Cuadro no. 1, Casos Registrados de SIDA y Casos Estimados de Personas Viviendo con VIH en México.*

Casos Registrados (SIDA)	90,043
Personas Viviendo con VIH	160,000
Personas con acceso a Tratamiento con Antiretrovirales (ARVs)	28,600
Nuevos Casos Anuales	4,800
Muertes por SIDA al Año	4,720

* Elaborado con base en datos de la Secretaría de Salud: <http://www.ssa.gob.mx>

Está claro que para el combate al VIH/Sida no basta con educar para prevenir nuevas infecciones, sino que se requiere también de atender de igual manera a factores sociales, políticos, culturales y económicos alrededor de la pandemia. Esto se ha visto reflejado en la creciente, aunque no suficiente, participación de trabajos dedicados al análisis de dichos factores en las conferencias internacionales sobre el VIH/Sida (ver Child, 1999).⁸ La presencia de grupos representantes de personas viviendo con el virus y pertenecientes a grupos vulnerables (mujeres, grupos homosexuales, trabajadoras/es sexuales) ha sido crítica, dado que ésta sirve para llamar la atención de la comunidad internacional sobre la necesidad de adoptar un enfoque holístico en el combate a la pandemia (ver Fórum 2000; Foro 2003). Como resultado, la respuesta mundial se ha visto caracterizada por tres etapas principales. Al principio, el énfasis fue sobre la prevención de nuevas infecciones, luego se dirigió mayor atención a los derechos sexuales y reproductivos, para más recientemente adoptar una visión más de conjunto de los factores estructurales asociados a ésta, incluyendo la discriminación y el acceso universal a tratamientos (ver Saavedra, 1999). Es en este

sentido que la lucha contra el VIH/Sida ha servido de catalizador para la movilización y participación política de grupos sociales tradicionalmente marginados y estigmatizados (ver Rayside, 1998). Como veremos en el caso de México, y como se ha visto en el caso de Brasil (Bastos, 1999; Frasta, 1999; Parker, 1997; Teixeira, 1997), el reconocimiento y apoyo que han recibido algunos/as activistas y ONGs de parte de organismos internacionales les ha servido para posicionarse en el ámbito nacional y participar o influir en el proceso de implementación de políticas públicas (ver Parker et al., 2000). Como ha sido señalado por varios estudiosos del caso brasileño, la cooperación entre el Banco Mundial y el programa de combate al Sida en ese país condujo a que los oficiales brasileños contribuyeran a demostrar en conferencias internacionales la efectividad de la cobertura universal del tratamiento en términos de ahorro de recursos financieros. De tal manera que se puede argumentar que el ejemplo brasileño abrió la brecha para la futura infusión de fondos por parte del Banco Mundial y otros gobiernos tanto para prevención como para la cobertura del tratamiento.

Es en este contexto que el análisis de las políticas públicas adoptadas para el combate al VIH/Sida sirve para poner énfasis en la necesidad de un proceso más incluyente y que responda a los retos asociados al fenómeno de la globalización, permitiendo además establecer los vínculos entre democracia, vulnerabilidad, salud y desarrollo.

Redes de políticas públicas con trabajo en salud y VIH/Sida

Los tipos de interconexiones que se han venido estableciendo entre actores domésticos e internacionales con trabajo en salud y VIH/Sida son un buen ejemplo de la nueva dinámica que caracteriza al fenómeno de la globalización. Es así que sostengo que esta nueva dinámica va más allá de la división tradicionalmente dicotómica entre las dimensiones doméstica e internacional que caracteriza a la literatura sobre las relaciones internacionales (ver Putnam, 1988; Evans et al., 1993). De hecho, la globalización ha generado una serie de circunstancias que podrían ser definidas como generadoras de un ambiente de políticas (*policies*) internacionalizadas, el cual determina el creciente proceso de aprendizaje (*lesson-drawing*), así como la difusión y transferencia de políticas (ver Coleman y Perl, 1999; Dolowitz y Marsh, 2000) con efectos diferenciados en distintos países.⁹

Es precisamente con el fin de facilitar el análisis de la realidad mexicana en el contexto de la globalización que adopto el concepto de 'redes de políticas públicas' – RPPs que defino como un conjunto permeable de organizaciones e individuos (públicos y privados), con frecuentes interacciones e intereses comunes, ligados por

dependencias mutuas en lo que toca a recursos financieros, con un centro y una periferia, y los cuales participan en el proceso de formulación y puesta en marcha de una serie de políticas públicas. Esta definición se basa en el trabajo de varios estudiosos de los procesos de políticas públicas en diversos contextos (ver Coleman y Perl, 1999; Hass, 1992; Hassenteufel, 1995; Jordan, 1990; Marsh y Rhodes, 1992) y ha sido adaptada a la realidad mexicana en el sector salud y en el combate al VIH/Sida.

El ámbito doméstico

La manera en que defino el concepto de RPPs difiere del adoptado por Teichman (2001) en su análisis del proceso de reformas económicas de ajuste estructural para el caso de México. Dicho proceso se ha caracterizado por ser excluyente y estar dominado por un grupo reducido de tecnócratas. Sin embargo, de manera similar al caso de las reformas estructurales, la adopción del concepto de RPPs para el estudio de la respuesta al VIH/Sida facilita la identificación de los actores involucrados en la toma de decisiones, de sus cálculos políticos y de la manera en que responden a diversos grupos de interés y posiciones ideológicas.

Por razones de espacio, el presente análisis se centra en uno de los elementos centrales de la caracterización del sistema político mexicano, las llamadas 'camarillas' o el fenómeno del 'camarillismo', dejando de lado otras de las variables que han determinado el proceso de implementación de políticas públicas a lo largo de los más de 70 años del régimen de partido único del Partido Revolucionario Institucional – PRI, tales como el centralismo y el presidencialismo. La camarilla ha sido definida como un grupo de individuos o servidores públicos, los cuales comparten una serie de intereses políticos y se encuentran unidos por una fuerte lealtad personal al líder de su respectivo grupo, apoyándose mutuamente con el fin de mejorar sus oportunidades de liderazgo político (Camp, 1999b, p. 116; Teichman, 2001, p. 130). Las distintas camarillas han sido vistas como la variable clave para la explicación del proceso de reclutamiento en el sistema político mexicano (ver también Smith, 1979) y han determinado, más que cualquier otra característica de dicho sistema, quien llega a la cúspide de la pirámide política, la trayectoria seguida y la participación en el proceso de creación de políticas públicas. Así pues, más que RPPs profesionales, las camarillas, presentes en varios sectores (ejemplo, salud o educación), han sido determinantes en la definición de las políticas sectoriales respectivas.

Por muchos años, la implementación de las políticas públicas en México se mantuvo aislada de presiones por parte de la sociedad civil, dado que el sistema político bajo el régimen priísta se caracterizó

por la ausencia de un público autónomo ('pluralismo limitado') y por la baja participación social (ver Kaufman, 1973; Teichman, 1988). Si bien es cierto que la reciente democratización electoral ha significado un cambio importante en el funcionamiento del sistema político, algunas de las características tradicionales permanecen presentes, ya sea como resultado de lo que Douglas North (1990) llama las fuerzas inerciales, o bien debido a los compromisos y las alianzas hechas por el primer gobierno no-priísta de Vicente Fox (del centro-derecha Partido Acción Nacional – PAN) con otras fuerzas políticas a fin de facilitar la alternancia en el gobierno federal.

En el caso del sector salud, y con base en el único estudio sobre la conformación de camarillas (Torres-Ruiz, 2006), se pueden identificar tres, de las cuales una permanece como central en la definición de políticas de salud en la administración del presidente Fox. El interés por referirnos a la camarillas en el sector salud surge del hecho de que algunos de sus miembros se han incorporado a la administración del gobierno panista, y lo que es aún más significativo, han pasado a formar parte de lo que aquí se describe como RPPs con trabajo en VIH/Sida. A lo largo del período de dominio del PRI, el Secretario de Salud, quien formaba parte de una de las camarillas sectoriales, servía de contacto directo con el Presidente de la República, funcionando como un instrumento a través del cual el poder ejecutivo ejercía su poder y control sobre este sector, dejando poco espacio para que la propia camarilla pudiera definir las políticas sectoriales de acuerdo con sus propias posiciones o preferencias.

De entre las tres camarillas más importantes, la que permanece al centro del sector salud es la del Dr. Guillermo Soberón, ex-Secretario de Salud bajo la administración de Miguel de la Madrid (1982-1988) y quien desde 1988 es el Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud – Funsalud. Soberón tuvo éxito en posicionar a miembros de su camarilla en el nuevo gobierno panista, el cual asumió el poder en el año 2000. Uno de los más distinguidos discípulos de Soberón, el Dr. Julio Frenk, fue llamado para formar parte del equipo de transición del entonces presidente electo Vicente Fox, para luego ser nombrado su Secretario de Salud al asumir el poder ejecutivo federal. Frenk es miembro del PRI desde 1985 (*El Universal*, 13 de febrero, 2001, UCA, p. 8) y fue el primer director del Instituto Nacional de Salud Pública – INSP, ubicado en Cuernavaca, Morelos, y fundado por el entonces secretario de salud Soberón. Frenk se desempeñó también como director del Centro en Economía y Salud de Funsalud (1995-1998) y, de 1998 al 2000, trabajó para la OMS en Ginebra como director ejecutivo de políticas públicas para el desarrollo y las comunicaciones (ver Scherer, 2000).

A pesar de la persistente influencia de las camarillas en el proceso de reclutamiento en la Secretaría de Salud, en el contexto de la

transición a la democracia y de la globalización, otros factores vienen cobrando creciente importancia. Por ejemplo, el mismo nombramiento de Frenk como Secretario de Salud responde no solo a la influencia de la camarilla de Soberón, sino también a los vínculos profesionales y personales del primero con RPPs con trabajo en salud en los ámbitos nacional e internacional. Más aún, como secretario de salud, Frenk ha demostrado independencia con respecto a la camarilla de Soberón y ha incorporado a un grupo diverso de actores en su equipo de colaboradores. Como veremos más adelante, esto es particularmente cierto en el caso de los oficiales de la Secretaría encargados del combate al VIH/Sida.

El debilitamiento del camarillismo y la formación de RPPs más incluyentes, responde al proceso de democratización observado en México en las últimas tres décadas. Dicho proceso de transformación del sistema político mexicano se ha debido en gran medida a la movilización de la sociedad civil, a la cual Camp (2003, p. 54) se refiere como el surgimiento de una 'cultura política de la participación'. Esta demanda por una mayor participación es resultado de la manifestación en favor de una creciente apertura por parte de numerosos grupos de ciudadanos, los cuales se han visto tradicionalmente marginados en el ámbito político. Entre estos grupos, las minorías sexuales no han sido la excepción y, como víctimas del VIH/Sida y participantes centrales en la lucha en contra de la pandemia, se han hecho oír y participado activamente en la formación de RPPs. Más aún, su creciente movilización ha hecho posible el obtener éxitos en diversas áreas, los cuales, si bien han sido limitados, han tenido efectos positivos sobre su visibilidad en el ámbito de la política nacional (ver Lumsden, 1991; Shaefer, 1996). Algunos activistas y gente viviendo con el VIH/Sida han formado parte del surgimiento de numerosas ONGs y establecido lazos productivos con organismos internacionales, tanto gubernamentales como de la sociedad civil (ver Torres-Ruiz, 2006). En lo doméstico, organizaciones de la sociedad civil han establecido asociaciones con sectores del gobierno mexicano, resultando en lo que algunos analistas señalan como un tipo de relación que, si bien es perfectible, puede servir de modelo para otros intentos de trabajo conjunto entre la sociedad civil y el estado (ver Saavedra et al., 1999).

En este contexto, el caso del combate al VIH/Sida es un buen ejemplo de la manera en que diversos actores participan de manera creciente en la formulación y puesta en marcha de políticas públicas, reforzando de esta manera el proceso de democratización. El surgimiento de estas RPPs en torno al combate de la pandemia se ha venido gestando a lo largo de la última década. Esta red ha mostrado éxitos en áreas muy concretas como ha sido la participación de sus miembros en la redacción y negociación de un importante préstamo del BM, el cual ha proveído significativos fondos para la puesta en

marcha de campañas de prevención de la transmisión del virus entre HSH, así como para el tratamiento de la enfermedad. La red también ha trabajado de manera intensa y exitosa con el fin de extender la cobertura para el tratamiento con ARVs por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social – IMSS para todos sus afiliados. De igual forma, la RPPs ha logrado un relativo éxito al ejercer presión sobre el gobierno para que legisle en contra de la discriminación por orientación sexual o condición de salud. Todo esto, a pesar de haber presenciado la victoria de un partido conservador de centro-derecha, como lo es el PAN, en las elecciones federales del 2000.

Un amplio número de actores ha participado en la formación y operación de esta RPPs con trabajo en VIH/Sida. En el proceso de formación de esta red, algunos actores se han desplazado de la periferia al centro de la misma, particularmente aquellos que cuentan con las competencias y los contactos profesionales y personales necesarios (ejemplo, ONGs como ‘Ave de México,’ Mexsida,¹⁰ Frenpavh,¹¹ Funsalud y ‘Letra S’). La presencia de ONGs al centro de la red ha permitido que las políticas públicas adoptadas para el combate al VIH/Sida respondan de manera más adecuada a las necesidades de la población afectada. En el centro de la estructura de la RPPs se encuentran también instituciones gubernamentales como la propia Secretaría de Salud, el Consejo y el Centro Nacional para la Prevención y el Combate al Sida (Conasida y Censida), así como los programas estatales para el combate a la epidemia, los llamados Coesidas (ver Cuadro 2). La existencia de un departamento de ONGs dentro de la estructura del Censida facilita la institucionalización de las relaciones entre la sociedad civil y las autoridades gubernamentales. Como elementos de la red encontramos también a individuos, hombres y mujeres, pertenecientes a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, quienes han jugado papeles centrales en la formación de la misma red y su fortalecimiento, siendo además, en algunos casos, los tomadores de decisiones (ver Torres-Ruiz, 2006).

En contraste con las camarillas, cuyos miembros han estado unidos por lazos personales e intereses limitados al avance de la carrera política de sus miembros, la membresía en la RPPs formada para el combate al VIH/Sida ha estado determinada por el conocimiento técnico entre sus miembros y las metas comunes (ejemplo, esfuerzos encaminados a la implementación de campañas de prevención, el acceso universal al tratamiento y el combate a la discriminación de las minorías sexuales), lo cual les ha permitido establecer y fortalecer sus lazos profesionales y personales. Por otro lado, el mismo hecho de que algunos miembros de la camarilla de Soberón formen parte de esta red ha facilitado la transición hacia un proceso de formulación de políticas públicas más incluyentes. De tal forma que la estructura y la composición de la RPPs para el

Cuadro no. 2, Actores miembros de la RPPs con trabajo en VIH/SIDA.*

	'Camarillas' → RPPs	
	1980-1997	1997-2003
CENTRO	* Secretaría de Salud * CONASIDA	* Secretaría de Salud * CONASIDA * CENSIDA * ONGs: MEXSIDA, Colectivo Sol, FRENPAVIH, FUNSALUD, Letra S, Ave de México. * COESIDAS * Instituciones de Seguridad Social
PERIFERIA	* COESIDAS * Instituciones de Seguridad Social	* Otras ONGs

* Elaborado por el autor (Torres-Ruiz 2006).

combate al VIH/Sida es reflejo del proceso de transición democrática observada en el país, pasando de un escenario en el que las políticas de salud estaban dominadas casi exclusivamente por las camarillas a otro en el que una RPPs más incluyente ha facilitado la participación de un mayor número de actores. Como es de esperar, esta RPPs, al igual que las camarillas, cuenta con individuos dentro de su estructura los cuales tienen ciertas cualidades personales y liderazgo importante, lo que facilita el fortalecimiento y formalización o institucionalización de los mismos. Como está representado en el Cuadro 2, lo que por muchos años fue un área dominada casi exclusivamente por las respectivas camarillas ha pasado a ser definida por la presencia de una RPPs más incluyente y representativa de los miembros de la sociedad civil y gubernamental involucrados en el combate a la epidemia (*stakeholders*).

El hecho de que el reconocimiento a diversos actores se dé con base en sus competencias, y no en el amiguismo que caracteriza al camarillismo, ha facilitado el acceso a recursos financieros para el trabajo en equipo tanto por parte de miembros de la sociedad civil como de servidores públicos, creando de esta manera interdependencias entre ellos. Esta interdependencia está representada por las fuentes comunes de recursos financieros para la puesta en marcha de un amplio número de planes y proyectos para el combate al VIH/Sida. Por ejemplo, la RPPs sobre VIH/Sida – tanto ONGs como el programa nacional (Conasida) – depende para su funcionamiento del presupuesto para el sector salud aprobado por la Secretaría de Hacienda y el Congreso Federal, así como de los fondos provenientes de la Secretaría de Desarrollo Social (de los cuales las ONGs son las principales beneficiadas) y de los préstamos del BM (los cuales se canalizan a todos los participantes en la red). Por otra parte, fondos externos, tanto ‘públicos’ como privados, de Onusida, fundaciones o de la misma industria farmacéutica, representan fuentes alternativas de financiamiento para el trabajo de la RPPs.

De manera similar al caso de Brasil (ver Bastos, 1999; Teixeira, 1997), el BM se ha convertido en la fuente de financiamiento más importante para la red. En particular, es necesario referirnos a los 20 millones de dólares destinados al VIH/Sida, los cuales provienen del préstamo para el sector salud mencionado anteriormente cuyo monto asciende a 350 millones de dólares y el cual es conocido como el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud – Procedes (Secretaría de Salud, 2004). El objetivo de estos fondos es servir para financiar la expansión de campañas de prevención a lo largo de cinco años, a través del fortalecimiento de las ONGs y con especial énfasis en la población de HSH. La negociación de los términos del préstamo por lo que toca al combate del VIH/Sida es un ejemplo claro del trabajo de la RPPs. Varios miembros de la red – ONGs y gobierno – trabajaron en equipo en la redacción y negociación del mismo (ejemplo, Mexsida y ‘Letra S’), en colaboración con el programa regional del BM (Sidalac) y el Censida (entrevista con José Antonio Izazola,¹² Ciudad de México, 27 de noviembre de 2001; entrevista con Arturo Díaz Betancourt,¹³ Ciudad de México, 10 de septiembre de 2002). Miembros de Mexsida y ‘Letra S’ ejercieron presión y trabajaron muy de cerca con agentes gubernamentales para asegurar el préstamo del Banco y garantizar que se incluyera la prevención entre HSH como una prioridad (entrevista con Silvia Panebianco [Mexsida], Río de Janeiro, 7 de noviembre de 2000). De acuerdo con las diferentes partes involucradas en las negociaciones del préstamo, las cuales tuvieron lugar en los meses previos al cambio de gobierno del año 2000, fue imprescindible asegurar dichos fondos antes de que el gobierno panista asumiera el poder.

Por otra parte, es verdad que la mayor parte de los fondos para el combate al VIH/Sida están dedicados al tratamiento. En el 2002, por ejemplo, el Congreso aprobó un presupuesto de \$11.062.637,00 pesos para la prevención y \$39.098.047,00 pesos para el tratamiento, mientras que para el año siguiente se destinaron \$9.914.456,00 y \$372.435.237,00 pesos respectivamente (Letra S, en *La Jornada*, 7 de octubre de 2004). El mayor incremento en el presupuesto para el tratamiento ha sido el reflejo de la presión que la RPPs ha ejercido con el fin de garantizar el compromiso de la Secretaría de Salud de lograr la cobertura universal para el año 2006 (Letra S, en *La Jornada*, 7 de octubre de 2004). De manera anticipada, esta meta se alcanzó a finales del año 2003 en lo que toca a la suma de recursos disponibles para este fin, lo cual fue posible a través de la creación del Fondo para Gastos Catastróficos en Salud (el cual forma parte de las correspondientes reformas a la Ley General de Salud) (*Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003). Esto no significa que todos los pacientes que así lo requieren tengan acceso al tratamiento, dado que por problemas de inadecuada infraestructura y

accesibilidad de los 90.043 casos registrados de Sida, sólo 28.600 reciben tratamiento con ARVs. De éstos, el IMSS trata a 13.303 pacientes, mientras que la Secretaría de Salud lo hace con 8.304 y el Instituto para la Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado – ISSSTE hacen lo mismo con 2.388. El número restante de pacientes es tratado de manera privada.

El éxito en la formación y el fortalecimiento de la RPPs con trabajo en VIH/Sida se debe no sólo a la competencia compartida por todos sus miembros o a los objetivos comunes y las interdependencias de tipo financiero existentes, sino también a la frecuencia de las interacciones entre los diferentes participantes de la red. Al nivel nacional, el Censida lleva a cabo reuniones regulares,¹⁴ las cuales permiten a los distintos miembros de la red la participación activa con diversos grados de influencia en la formulación y puesta en marcha de las políticas públicas respectivas. Las reuniones de Consejo Nacional de Salud¹⁵ representan también una oportunidad para algunos miembros de la red para discutir preocupaciones comunes, especialmente para los encargados de los programas estatales para el combate al VIH/Sida. Si bien, como lo he señalado anteriormente, existen aún algunas limitaciones a la completa participación social en la toma de decisiones, el establecimiento de estos mecanismos de interacción ha facilitado el diálogo constante entre los diversos participantes en la lucha contra la epidemia.¹⁶ Por otro lado, las conferencias periódicas al nivel regional y nacional representan foros adicionales para la discusión de temas centrales para los actores involucrados en esta área de la salud.¹⁷

El ámbito global

Para entender el fortalecimiento de la RPPs con trabajo en VIH/Sida en México es necesario referirnos al ámbito global. De manera similar a lo ocurrido en el nivel doméstico, podemos observar el surgimiento de una RPPs con trabajo en VIH/Sida al nivel internacional, cuyo apoyo ha servido como catalizador para el éxito de los actores locales en sus esfuerzos por lograr una mayor participación y democratización en la implementación de políticas públicas.

Como lo he señalado anteriormente, la globalización puede ser vista como un reto y como una oportunidad para el proceso de desarrollo y el fortalecimiento de la salud a nivel mundial. Por una parte, la agenda globalista representa una serie de limitaciones para los gobiernos locales en la búsqueda de opciones para fortalecer su capacidad en la prestación de servicios de salud a sus respectivas poblaciones, mientras que por otro lado, la cooperación transnacional ha contribuido al relativo éxito en áreas como el VIH/Sida.

En lo internacional, algunos actores no gubernamentales han reforzado su presencia en varios debates con respecto a políticas de

salud, jugando el rol de grupos de interés, mientras que otros han participado en la creación y funcionamiento de varias RPPs (ver Lee y Goodman, en Merson et al., 2001).¹⁸ Como ha sido señalado por Bastos (1999), en su análisis del caso brasileño, el fracaso en la búsqueda de una cura para el Sida provocó reagrupaciones sociales generadoras de un creciente activismo internacional. En diversas áreas de la salud, algunos de estos actores se han pronunciado sobre el papel del estado en el financiamiento y la prestación de servicios de salud, con base en sus propias ideas o valores y ejerciendo variados grados de influencia. De tal forma que dada la creciente complejidad del ámbito internacional, autores como Walt (en Merson et al., 2001) han extendido el análisis teórico del pluralismo más allá del ámbito nacional para describir la presencia y el funcionamiento de redes internacionales de políticas en el área de la salud.

Un ejemplo de RPPs en el sector salud, el cual ha sido bien documentado, es el de aquellas formadas alrededor de los esquemas de financiamiento para los sistemas de salud. Sin entrar en una discusión muy detallada, es importante hacer algunos señalamientos al respecto con el fin de contrastar el carácter excluyente de éstas con el de aquellas formadas para el combate al VIH/Sida. Como tal, la discusión sobre el financiamiento se refiere a la movilización y utilización de recursos financieros en el sector salud. La discusión mundial sobre este tema pasó a ocupar un lugar central como consecuencia de la publicación del documento del BM de 1987, titulado en inglés como *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*. El debate suscitado por la publicación de este documento dio origen al reporte sobre el desarrollo del mismo BM de 1993, titulado *Investing in health*. En este último, el Banco identificó cuatro como los principales problemas de la mayor parte de los sistemas de salud alrededor del mundo: la mala asignación de recursos en intervenciones poco eficientes; el uso ineficiente de los fondos disponibles; la inequidad en el acceso a los servicios de salud básica; y la explosión en los costos en salud, los cuales rebasan el crecimiento del Producto Interno Bruto – PIB en la mayor parte de los países. De tal manera que a partir de ese momento, las recomendaciones del BM sobre políticas de salud incluyeron un cambio en la prioridad del gobierno hacia la salud básica a costa, sobre todo, de servicios de tercer nivel, la introducción de seguros privados o seguros sociales limitados y la promoción de la competencia de mercado en la prestación de servicios de salud (Abbasi, 1999, p. 690).

Las RPPs con trabajo en el financiamiento de los sistemas de salud se han caracterizado por ser grupos reducidos y poco permeables de oficiales públicos, asesores técnicos y académicos, quienes han definido y puesto en marcha los varios procesos de

reforma de estos esquemas. En los Estados Unidos, por ejemplo, Usaid¹⁹ tomó la iniciativa en el financiamiento de proyectos en varias universidades (ejemplo, Harvard y Johns Hopkins). Como consecuencia, entre 1987 y 1993, hubo un aumento significativo en el número de trabajos dedicados al estudio y propuesta de reformas a las políticas para el financiamiento de los sistemas de salud, gracias a los cuales el BM desarrolló su competencia técnica, situándose al frente en la capacidad para influir en los debates en esta área y promoviendo el papel del mercado en el sector salud.

Entre otros factores, el creciente rol del BM en el área de la salud y su casi monopolio en el debate sobre el financiamiento de la salud suscitó creciente insatisfacción con el papel de la OMS, lo cual la forzó a reconsiderar su casi exclusiva atención a la salud básica y reorientar su trabajo con el fin de participar también en dicho debate. De tal manera, la OMS inició una serie de colaboraciones con Brian Abel-Smith de la London School of Economics, así como con Peter Mach y Anne Mills de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. Algunos fondos para estos trabajos fueron otorgados por la oficina encargada de la ayuda internacional para el desarrollo del gobierno británico (Overseas Development Administration, ahora conocida como Department for International Development) (Lee y Goodman, en Merson et al., 2001, p. 105). Una de las recomendaciones principales concernientes al financiamiento de la salud básica por parte de la OMS fue la introducción del concepto de la lista básica de medicamentos para el uso del sector público (Walt, en Merson et al., 2001, p. 681).²⁰

Tanto el trabajo de cada una de estas organizaciones internacionales, como el debate entre ellas con respecto al planteamiento de políticas para el financiamiento de los sistemas de salud han estado caracterizados por la aparición de una elite 'experta', más que por la convergencia racional de necesidades y de propuestas de soluciones incluyentes. Como tal, la formación y el funcionamiento de estas RPPs es evidencia de la falta de apertura para una discusión más amplia e incluyente de una diversidad de actores. El carácter excluyente de la misma no ha permitido un verdadero debate sobre los límites de la responsabilidad colectiva para la salud, el cual facilitaría a países que enfrentan circunstancias muy distintas el decidir cuáles son las áreas de la salud que cada sociedad decide financiar. Tal y como están definidas hoy en día, las RPPs con trabajo en el financiamiento de los sistemas de salud se parecen más a una comunidad epistémica (*epistemic community*). El hacer referencia a estas RPPs también nos sirve como evidencia de que el surgimiento de este tipo de redes en el ámbito internacional no está necesariamente asociado a una mayor participación ni a una mejor representación social en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, el mismo análisis de RPPs nos sirve para descubrir ciertas

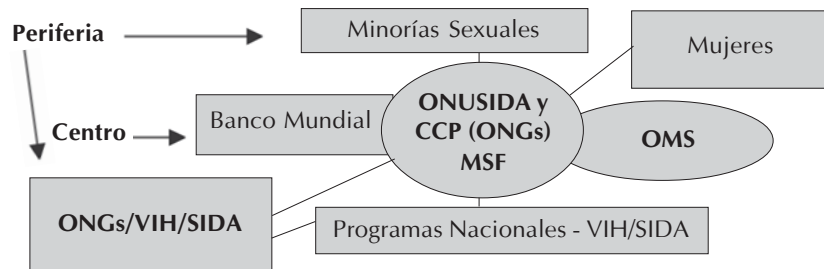
áreas de políticas públicas en las que existe evidencia de la aparición de arreglos más incluyentes y los cuales responden a una serie de intereses más amplios y representativos de un mayor número de actores, como es el caso del combate al VIH/Sida.

Como se ha mencionado en los párrafos anteriores, en el contexto global, las RPPs con trabajo en VIH/Sida se destacan por el establecimiento de asociaciones, alianzas y redes de naturaleza más incluyente. Por ejemplo, la 'Iniciativa para la vacuna del Sida' representa una asociación entre el BM, Onusida, patrocinadores privados (ejemplo, Levi Strauss), la industria farmacéutica, las agencias para el desarrollo de Suiza y Gran Bretaña, varias fundaciones (ejemplo, la Fundación Gates) y la comunidad académica (Buse y Walt, en Merson et al., 2001, p. 45).²¹ Como lo señalan Kickbusch & Buse (en Buse et al., 2002, p. 722), este tipo de asociaciones son ciertamente más fáciles cuando se trata de una sola enfermedad, dado que las metas son más claramente definidas, los horizontes de tiempo se pueden fijar más fácilmente y son más presentables ante los medios de comunicación.

En el centro de la RPPs con trabajo en VIH/Sida al nivel internacional se encuentra el programa de Naciones Unidas para el combate a la pandemia, Onusida, al igual que dos de sus principales patrocinadores, el BM y la OMS, así como grupos de la sociedad civil activos al nivel internacional en esta área (ver Figura 1). Onusida juega un papel central en la recaudación y distribución de los recursos financieros necesarios para el trabajo internacional en VIH/Sida. Como tal, el centro de la RPPs fija la agenda y formula una serie de recomendaciones para el combate de la epidemia al nivel mundial. Con metas comunes, los varios actores participantes de la red han trabajado con el fin de contribuir a la priorización del VIH/Sida en la agenda de la salud global, tanto en lo que toca al tratamiento como a la prevención, creando además el espacio y los medios necesarios – tanto institucionales como financieros – para que grupos como las minorías sexuales y activistas en general puedan participar en el debate de las opciones de políticas, con posibilidades reales de influir en los resultados.

La creciente participación de la sociedad civil se debe tanto a la movilización y la presión ejercida por ésta sobre varios organismos internacionales a lo largo de los años noventa, así como a la respuesta por parte de instituciones como el BM en el sentido de trabajar más de cerca y otorgar fondos a un mayor número de ONGs (Walt, en Merson et al., 2001, p. 687). Organizaciones bilaterales, como Usaid, decidieron otorgar su ayuda directamente a organizaciones de la sociedad civil, lo que dio origen a una explosión en la actividad de ONGs tanto en lo doméstico como en lo internacional. Por su parte, Onusida ha trabajado por igual con gobiernos y la sociedad civil, lo cual se ha visto reflejado en la

Figura no. 1, RPPs Internacional con trabajo en VIH/SIDA.*



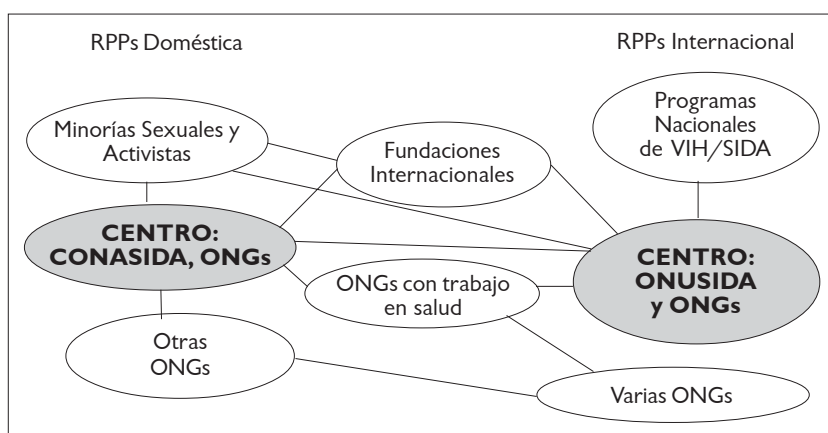
* Elaborado por el autor (Torres-Ruiz 2005).

incorporación de ONGs en el Consejo Coordinador del Programa – CCP que funciona como su consejo directivo, con 5 ONGs nacionales e internacionales con trabajo en VIH/Sida, diferentes cada año, elegidas por todos los miembros presentes en una de las dos reuniones anuales de la asamblea general con base en sus competencias y compromiso de largo plazo en la batalla en contra de la pandemia.²² Al menos una organización representativa de cada una de las cinco regiones mundiales (África, Asia/Pacífico, Europa, Latinoamérica/El Caribe y Norteamérica) debe ser elegida cada año. El compromiso personal del director de Onusida, el Dr. Peter Piot, con respecto a la necesidad de incorporar a la sociedad civil en la lucha mundial contra el VIH/Sida ha sido esencial para el fortalecimiento de la RPPs global.

El hecho de que actores domésticos hayan establecido fuertes relaciones con sus contrapartes internacionales ha resultado en el fortalecimiento de los primeros y como tal ha contribuido al proceso de transformación política en México en el sector salud (ver Figura 2). Por supuesto que uno de los retos en el análisis de la interacción entre las RPPs, domésticas e internacionales, es la dificultad en la medición o estimación de la colaboración entre ellas, tanto entre miembros de la sociedad civil como con los distintos gobiernos y los organismos internacionales. Sin embargo, lo que es claro es la existencia de crecientes interconexiones para la cooperación y la coordinación entre los diferentes niveles de acción. Por ejemplo, la *International HIV/Aids Alliance* (con base en Londres, Inglaterra) ha trabajado muy de cerca con ONGs mexicanas y sirve como ligazón (ejemplo, Colectivo Sol, Frenpavih, y Mexsida) entre estas y otros organismos internacionales (ver www.aidsalliance.org). De manera similar, es de especial importancia para el caso de México, la reunión que tuvo lugar en París, en diciembre de 1989, donde el activista mexicano Arturo Díaz Betancourt (de 'Letra S') junto con otros activistas internacionales fundaron el Consejo Internacional de Organizaciones con trabajo en Sida (Icaso, por sus siglas en inglés). Desde su creación, Icaso ha servido como un organismo coordinador

y de enlace para los grupos de la sociedad civil miembros de la RPPs y formó parte en 2003 del CCP de Onusida, jugando un papel importante en la consolidación del compromiso por parte del programa de la ONU con respecto a la expansión de campañas preventivas entre HSH y el acceso universal al tratamiento (entrevistas confidenciales con oficiales de Onusida, Río de Janeiro, 9 de noviembre del 2000).

Figura no. 2, Interconexiones entre las RPPs con trabajo en VIH/SIDA doméstica e internacional*



* Elaborao por el autor (Torres-Ruiz 2005).

Finalmente, *Médecins Sans Frontières* – MSF es una de las ONGs más influyentes al nivel internacional y, a pesar de no ser parte del CCP de Onusida, es definitivamente un miembro central de la RPPs. En el año 2001, el portavoz de MSF – Eric Goemaere – denunció públicamente como un escándalo el hecho de que la industria farmacéutica pusiera sus ganancias económicas por encima del valor de muchas vidas humanas (*Milenio*, 13 de marzo del 2001). MSF presionó a 39 compañías farmacéuticas para que retiraran su demanda en contra del gobierno de Sudáfrica por la compra de drogas genéricas provenientes de la India (entrevista con el ex-presidente de MSF, James Orbinsky, Toronto, Canadá, 28 de abril del 2004). Las acciones de MSF al nivel mundial han tenido efectos significativos al nivel doméstico en varios países. En México, al principio, el gobierno argumentó que no había razones suficientes para incluir a los ARVs en la lista básica de medicamentos. Sin embargo, como consecuencia de la presión ejercida al nivel internacional por MSF y otras ONGs sobre Onusida y el BM, a partir del 2000, el gobierno Mexicano suavizó su posición al respecto. Por otra parte, organizaciones de la sociedad civil amenazaron con demandar a la Secretaría de Salud y al Seguro Social, siguiendo el ejemplo de activistas en Costa Rica, Venezuela y Brasil (ver Notiese, 2000). De tal forma que el efecto combinado de las presiones inter-

nas y externas resultó en el compromiso del gobierno de México de proveer cobertura universal al tratamiento con ARVs.

Conclusiones

La mayor parte de las discusiones sobre el ámbito internacional tienden a confundir la globalización con el globalismo. Es cierto que en las últimas décadas este último ha dominado a la primera, teniendo como consecuencia que la segregación espacial y la exclusión de numerosos grupos de la población mundial se hayan convertido en partes integrales de la globalización. En los debates internacionales sobre políticas de salud, el acceso universal a los servicios de salud se encuentra en un predicamento frente a la ideología globalista de fundamentalismo con base en la economía de libre mercado y la privatización de la salud. Sin embargo, como lo hemos visto en el caso de la lucha contra el VIH/Sida, los límites a la agenda globalista surgen de manera casi espontánea como respuesta a las necesidades urgentes de grupos específicos. Más aún, se puede afirmar que el análisis de la formación y funcionamiento de RPPs en el sector salud nos permite observar la naturaleza contrastante entre arreglos más o menos excluyentes y participativos que surgen como producto de la globalización (RPPs para el financiamiento de la salud versus RPPs con trabajo en VIH/Sida).

En el caso concreto de México, la organización de actores internacionales alrededor de la lucha contra la pandemia ha servido como catalizador para la formación de la RPPs doméstica con trabajo en VIH/Sida, formando así parte integral del proceso de transformación política observado en las últimas dos décadas y beneficiando a grupos que han sido tradicionalmente marginados y excluidos del proceso de implementación de políticas públicas.

NOTAS

¹ Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

² Esta definición de globalización coincide con la de otros estudiosos de este fenómeno. Ver, por ejemplo, el trabajo de Albert Berry (2003, p. 17).

³ Culturalmente hablando, la globalización es generalmente concebida como la propagación de valores originados en los Estados Unidos (ver Barber, 1995). Sin embargo, existe poca evidencia de que dichos valores se estén volviendo universales, por el contrario, puede decirse que como fenómeno, la globalización vuelve a la gente más consciente de la naturaleza plural de un mundo interconectado. Como lo sostiene Gray (1998; 2003), la realidad sugiere que la necesidad de encontrar el *modus vivendi* entre culturas y naciones que continuarán siendo diferentes.

⁴ En el trabajo seminal sobre el tema, Held et al. (1997, p. 258) sostienen que la globalización no es una condición singular o un proceso lineal con un destino final en el cambio social (ver también Held et al., 1999). De forma similar, para Anthony Giddens (1990, p. 64), la globalización está definida por la intensificación de relaciones sociales en el ámbito mundial, las cuales sirven para interconectar realidades distantes de tal manera que eventos locales están crecientemente determinados por acontecimientos que se suceden a miles de kilómetros de distancia. La globalización también está definida por la propagación de tecnologías modernas de producción y comunicación a través de las fronteras nacionales – con efectos en el comercio, movimiento de capitales, producción de bienes y servicios y, por supuesto, el acceso e intercambio de información (Gray, 1998, p. 55).

⁵ En el reporte del desarrollo de 1997 del Banco Mundial (*The State in a Changing World*) se declaró que “el desarrollo dominado por el estado ha fracasado. Pero también ha sucedido así con el desarrollo sin estado ... la historia ha demostrado más de una vez que el buen gobierno no es un lujo sino una necesidad vital. Sin un estado efectivo, el desarrollo sustentable, tanto económico como social, es imposible” (En Gray, 1998, p. 202). (La traducción al español es mía.)

⁶ De acuerdo con los estudios epidemiológicos sobre el VIH/Sida en América Latina, con una población que representa el 8,4 por ciento de la población mundial, la gente viviendo con el virus suma alrededor del 5 por ciento del total global, 80 por ciento de los cuales se concentran en nueve países: Brasil, México, Argentina, Colombia, Venezuela, Honduras, República Dominicana, Perú, y el Salvador (ver Foro 2003). Las muertes acumuladas por Sida en la región suman aproximadamente 150.000 y se ha convertido en la principal causa de muerte entre hombres cuyas edades oscilan entre los 25 y 44 años (ver Foro 2003).

⁷ Esto está ligado a la creciente tasa de infección entre los emigrantes ilegales de México hacia los Estados Unidos, quienes al regresar a sus comunidades rurales transmiten el virus a sus parejas (ver González-Block y Liguori, 1992). Por otra parte, la tasa de infección entre inmigrantes de origen hispano en los Estados Unidos fue de 22,5 por cada 100 mil personas – más de tres veces el valor de la tasa para la población blanca de origen europeo: 6,6 por cada 100 mil (reporte elaborado por el Centro de Prevención de VIH/Sida de los Estados Unidos, en *La Jornada*, 17 de julio del 2002).

⁸ Las conferencias mundiales anuales comenzaron en Atlanta, 1985.

⁹ Es cierto que cuando se trata del conocimiento médico generado alrededor del VIH/Sida no se ha observado una dinámica incluyente (ver Epstein, 1996). Por el contrario, según el análisis de Bastos (1999), se ha observado un involucramiento periférico de médicos y activistas a nivel mundial, caracterizado por relaciones asimétricas entre las que la autora denomina naciones periféricas y centrales. A pesar de que el presente trabajo no pretende abordar la discusión sobre la producción del conocimiento, sí se cuestionaría hasta donde es cierta la afirmación de que los activistas no han sido capaces de influir sobre ésta. Después de todo, como afirma Bastos, las políticas de las agencias de financiamiento internacional, como la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, reconfiguran el arreglo de las distintas fuerzas que luchan contra el VIH/Sida cuyos efectos no es fácil evaluar.

¹⁰ Red Mexicana de Personas Viviendo con VIH/Sida.

¹¹ Frente de Personas Afectadas por el VIH.

¹² Director de Sidalac.

¹³ Miembro fundador de ‘Letra S’, así como de otras varias iniciativas y ONGs para el combate a la epidemia.

¹⁴ Todos los miembros de Censida se reúnen de tres a cuatro veces al año.

¹⁵ El Consejo Nacional de Salud está integrado por el titular del Poder Ejecutivo, su Secretario de Salud y las correspondientes sub-secretarías, así como por los programas estatales de combate al VIH/Sida.

¹⁶ Ver minutas de estas reuniones en el sitio Web de la Secretaría de Salud: www.ssa.gob.mx.

¹⁷ Cabe señalar la existencia de otro reto. Como se ha observado en el análisis del caso brasileño, el contar con miembros clave de la red en el gobierno puede representar un obstáculo para los grupos de la sociedad civil, en el sentido de acortar la distancia necesaria para mantener una visión más crítica (ver Frasta, 1999).

¹⁸ Los actores no gubernamentales incluyen las corporaciones transnacionales, ONGs con trabajo en salud, firmas de consultoría, organizaciones religiosas, movimientos sociales e incluso organizaciones criminales.

¹⁹ La agencia para la ayuda externa y el desarrollo del gobierno estadounidense.

²⁰ Con el nombramiento de Gro Bruntland como directora de la OMS de 1998 a 2002 – una prominente figura internacional – la organización comenzó a expandir sus lazos con otros actores más allá de los gobiernos nacionales con el fin de incrementar y diversificar la participación y cooperación en salud, buscando incluir tanto a la sociedad civil como al sector privado (ver Merson et al., 2001).

²¹ La iniciativa para la búsqueda de una vacuna (The International Aids Vaccine Initiative, IAVI) fue establecida en 1996 con 12 miembros en su consejo, representando a la comunidad científica, miembros del sector público, hacedores de políticas públicas y líderes de la industria farmacéutica.

²² De las dos reuniones anuales, una de ellas tiene lugar en Ginebra, mientras que la otra se organiza en distintos países con la intención de cubrir todas las regiones en ciclos de cinco años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasi, K.
1999 The World Bank on world health: under fire.
British Medical Journal, n. 318, p. 1003-6.
- Altman, Dennis
2002 *Global sex*.
Chicago: University of Chicago Press.
- Altman, Dennis
1994 *Power and community: organizational and cultural responses to Aids*.
London: Taylor & Francis.
- Amin, S.
2000 Democratising globalisation.
Al-Ahram Weekly, April, issue 478, p. 20-6.
- Banco Mundial
1997 Confronting Aids: Public priorities in a global epidemic.
A World Bank policy research report. London: Oxford University Press.
- Banco Mundial
1993 *World development report: investing in health*.
Washington (DC).
- Banco Mundial
1987 *Financing health services in developing countries: an agenda for reform*.
Washington.
- Barber, Benjamin
1995 *Jihad vs. McWorld*.
Times Books.
- Bastos, Cristiana
1999 *Global responses to Aids*.
Bloomington: Indiana University Press.
- Berry, Albert
2003 Who gains and who loses? An economic perspective. In: Sandbrook,
Richard (ed.) *Civilizing globalization: a survival guide*.
New York: State University of New York Press.
- Birdsall, Nancy
1993 *Social development is economic development*.
Washington (DC): World Bank.
- Buse, K.; Fustukian, S.;
Lee, K. (ed.)
2002 *Health policy in a globalising world*.
Cambridge: Cambridge University Press.
- Cáceres, Carlos
1999 Dimensiones sociales relevantes para la prevención del VIH/Sida en
América Latina y el Caribe In: *El Sida en América Latina y el Caribe, una
visión multidisciplinaria*. México: Funsalud.
- Camp, Roderic Ai
2003 *Politics in Mexico: the democratic transformation*.
London: Oxford University Press.
- Cerny, P.
1995 Globalization and the changing logic of collective action.
International organization, n. 48, p. 595-625.
- Child, Raquel
1999 VIH/Sida y la organización de las respuestas. In: *El Sida en América Latina
y el Caribe, una visión multidisciplinaria*. Mexico: Funsalud.
- Clapham, Christopher
2002 The challenge to the state in a globalized world. *Development and change*,
v. 33, p. 775-95. Oxford (UK): Blackwell Publishers.
- Coleman, W. D.;
Perl, A.
1999 Internationalized policy environments and policy network analysis.
Political studies, n. XLVII, p. 691-709.
- Dolowitz, David P.;
Marsh, David
2000 Learning from abroad: the role of policy transfer in contemporary policy-
making. *Governance*, v. 13, issue 1, p. 5-23.
- Epstein, Steven
1996 *Impure science: Aids, activism and the politics of knowledge*.
Berkeley: University of California Press.

- Evans, P.; Jacobson, Harold K.; Putnam, Robert D. (ed.)
1993
Double-edged diplomacy.
Berkeley: University of California Press.
- Fidler, David P.
2003
Disease and globalized anarchy: theoretical perspectives on the pursuit of global health. *Social Theory & Health*, n. 1, p. 21-41.
- Frasta, Tim
2005
Brazil: Seductive models.
In: *Aids in Latin America*. chapter 7, p. 187-211. Palgrave and Macmillan.
- Galván Díaz, Francisco;
González-Villarreal,
Roberto; Morales,
Rodolfo
1991
Aids, government and society in Mexico. In: Lumsden, Ian.
Homosexuality, society and the state in Mexico.
Canadian gay archives and solediciones, p. 101-22.
- González Ruiz, Edgar
2002
La sexualidad prohibida: intolerancia, sexismo y represión.
Plaza y Janés.
- González-Block, Miguel
Angel; Liguori, Ana Luisa
1992
El Sida en los estratos socioeconómicos de México.
Perspectivas en salud pública, n. 16. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública
- Gray, John
2003
Al Qaeda and what it means to be modern.
London: Faber and Faber.
- Gray, John
1998
False dawn: the delusion of global capitalism.
New York: The New Press.
- Haas, P.
1992
Introduction: Epistemic communities and international policy co-ordination. *International organization*, v. 49, n. 1, p. 1-35.
- Hassenteufel, Patrick
1995
Do policy networks matter? Lifting decriptif at analyse de l'État en intercaton. In: Le Galés, Patrick; Thatcher, Mark (ed.) *Les réseaux de politiques publiques, débat autour des policy networks*. Paris: L'Harmattan
- Hausman, Ricardo
1994
Sustaining reform: what role for social policy?
Washington (DC): Inter-American Development Bank.
- Held, D.; McGrew, A.;
Goldblatt, D.; Perraton, J.
1999
Global transformations: politics, economics and culture.
Cambridge: Polity Press.
- Held, D.; McGrew, A.;
Goldblatt, D.; Perraton, J.
1997
The globalization of economic activity.
New Political Economy, v. 2, n. 2, July, p. 2557-77.
- Hernández Ávila,
Mauricio; Vandale
Toney, Susan; Liguori,
Ana Luisa (ed.)
1995
Enfoques de investigación sobre VIH/Sida en salud reproductiva.
Perspectivas en salud pública, n. 19. México: Instituto de Salud Pública.
- Izazola Licea, José
Antonio; Huerdo
Siqueiros, Jorge
1999
A holistic view.
Working paper. Sidalac.
- Jordan G.
1990
Sub-governments, policy communities and networks: refilling the old bottles? *Journal of theoretical politics*, v. 2, n. 3, p. 319-38.
- Kaufman Purcell, Susan
1973
Decision-making in an authoritarian regime: theoretical implications of a Mexican case study. *World Politics*, v. 26, n. 1, Oct.
- Lumsden, Ian
1991
Homosexuality, society and the state in Mexico.
Canadian gay archives and solediciones.

- Marsh, David;
Rhodes, R. A. W.
1992
New directions in the study of policy networks.
European journal of political research, v. 21, p. 181-205.
- Marsh, David;
Rhodes, R. A. W. (ed.)
1992
Policy networks in British government.
Oxford: Clarendon Press.
- Merson, Michael H.;
Black, Robert E.;
Mills, Anne J.
2001
International public health: diseases, programs, systems and policies.
USA: An Aspen Publication.
- North, Douglas C.
1990
Institutions, institutional change and economic performance.
Cambridge: Cambridge University Press.
- OMC
2001
Declaration on the TRIPS Agreement and public health. Adoptado el 14 de noviembre. Ginebra: Conferencia Ministerial de Doha, cuarta sesión.
- Onusida/OMS
2002
Aids epidemic update: under embargo.
- Parker, Richard;
Barbosa, Regina Maria;
Aggleton, Peter (ed.)
2000
Framing the sexual subject: the politics of gender, sexuality and power.
Berkeley: University of California Press.
- Pecheny, Mario
2003
Sexual orientation, Aids, and human rights in Argentina: the paradox of social advance amid health crisis. In: Eckstein, Susan Eva; Wickham-Crowley, Tymothy P. 2003, *Struggle for social rights in Latin America*.
London: Routledge Press.
- Przeworski, Adam
1991
Democracy and the market: political and economic reforms in Eastern Europe and Latin America. Cambridge: Cambridge University Press.
- Przeworski, Adam (ed.)
1995
Sustainable democracy.
Cambridge: Cambridge University Press.
- Psacharopoulos,
George (ed.)
1993
Poverty and income distribution in Latin America: the story of the 1980s.
Washington (DC): World Bank, Technical Department of the Latin American Commission.
- Putnam, R. D.
1988
Diplomacy and domestic politics: the logic of two-level games.
International organization, n. 42, p. 427-60.
- Rajae, Farhang
2000
Globalization on trial: the human condition and the information civilization.
IDRC-Kumarian Press.
- Rayside, David
1998
On the fringe: gays & lesbians in politics.
Ithaca (NY): Cornell University Press.
- Roberts, Matthew W.
1995
Emergence of gay identity and gay social movements in developing countries: the Aids crisis as a catalyst. *Alternatives*, n. 20, p. 243-64.
- Saavedra, Jorge et al.
1999
Costs and expenditures for Aids medical care in Mexico.
Working Paper, Sidalac.
- Sandbrook, Richard (ed.)
2003
Civilizing globalization: a survival guide.
New York: State University of New York Press.
- Schaefer, Claudia
1996
Danger zones, homosexuality, national identity and Mexican culture.
Tucson: The University of Arizona Press.
- Scherer Ibarra, María.
2000
Julio Frenk o Carlos Tena, el posible secretario de salud.
Proceso, n. 1244, sept. 3, p. 32-3.

ANTONIO TORRES-RUIZ

- Sen, Amartya
1997 *Development as freedom*. The first presidential lecture. Washington (DC): The World Bank.
- Smith, Peter H.
1979 *Labyrinths of power*. Princeton (NJ): Princeton University Press.
- Teichman, Judith A.
2001 *The politics of freeing markets in Latin America: Chile, Argentina, and Mexico*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press.
- Teichman, Judith A.
1988 *Policymaking in Mexico: from boom to crisis*. London: Allen & Unwin.
- Teixeira, Paulo Roberto
1997 Políticas públicas em Aids. In: Parker, Richard (org.) *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia. cap. 2, p. 43-68.
- Torres-Ruiz, Antonio
2006 *An elusive quest for democracy and development in a globalized: the politics of HIV/Aids in Mexico*. Doctoral dissertation, Department of Political Science, University of Toronto, Toronto, Canada.
- Walton, John
1989 Debt, protest and the state in Latin America. In: Eckstein, Susan (ed.) *Power and popular protest: latin american social movements*. Berkeley: University of California Press.
- Yong Kim, Jim; Millen, Joyce V.; Irwin, Alec; Gershman, John (ed.)
2000 *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe: Common Courage Press.

PERIÓDICOS Y OTRAS FUENTES

Periódicos mexicanos: *El Financiero, La Jornada, Milenio, Novedades, La Prensa, Reforma, El Universal*. Notiese 2000-2003

Servicio noticioso, México: www.letraese.org.mx. Última fecha de acceso: 22 de diciembre del 2003.

Foro 2003

Memorias. II Foro en VIH/Sida/ITS de América Latina y el Caribe, 7-12 de abril. Palacio de Convenciones de la Habana, Cuba. CD-rom.

Fórum 2000

Anais. I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/Aids e DST, v. I-II, 7-8 nov., Rio de Janeiro, Brasil.

Reportes del Human Rights Watch Americas.

Secretaría de Salud 2004, México: www.ssa.gob.mx

Sedesol 2004, Secretaría de Desarrollo Social, México: www.sedesol.gob.mx

Recibido para publicación en diciembre 2005.

Aprobado para publicación en abril 2006.