

Entrevista: Marcos Cueto

Interview: Marcos Cueto

Resumo Marcos Cueto é formado em história e ciências sociais e professor do Departamento de Ciências Sociais e Saúde da Faculdade de Saúde Pública e Administração da Universidade Cayetano Heredia em Lima, Peru. Desde 1991 vem lecionando e pesquisando temas que envolvem a história da saúde pública, bem como as relações com a saúde internacional e a saúde global. Sua preocupação em estabelecer um diálogo entre as ciências sociais e a saúde tem produzido estudos sobre a história das doenças epidêmicas no Peru, a história da saúde pública na América Latina e, mais recentemente, tem realizado pesquisas sobre a história da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 1998, ganhou com a publicação de *El regreso de las epidemias: salud y enfermedad en el Perú del siglo XX* o prêmio ibero-americano de melhor livro de ciências sociais e humanidades sobre a América Latina publicado em espanhol. Nesta entrevista¹, concedida à revista *Trabalho, Educação e Saúde* em 2006, Cueto expõe reflexões decorrentes de suas últimas pesquisas sobre saúde internacional, saúde global e a atuação dos organismos internacionais como a OMS e a Opas.

Abstract Marcos Cueto is a history and social sciences graduate and professor at the Department of Social Sciences and Health of the College of Public Health and Administration of Cayetano Heredia University, in Lima, Peru. Since 1991, he has been teaching and researching issues related to the history of public health, in addition to the relationship with international and global health. His concern with setting dialogue between social sciences and health has resulted in studies on the history of epidemics in Peru, the history of public health in Latin America, and, more recently, he has researched the history of the Pan American Health Organization (PAHO) and of the World Health Organization (WHO). In 1998, he was granted with The Return of Epidemics: Health and Society in Perú during the Twentieth Century the Iberian-American award for the best book in social sciences and humanities about Latin America and published in Spanish. In this interview, granted to the *Trabalho, Educação e Saúde* journal in 2006, Cueto discusses his reflections on his latest research on international health, global health, and on the performance of international bodies such as the WHO and the PAHO.

Revista

Gostaria que o senhor fizesse um breve relato sobre a sua formação e trajetória como professor e pesquisador interessado nas discussões do campo da história e da saúde internacional.

Marcos Cueto

Yo soy actualmente profesor del Departamento de Ciencias Sociales y Salud, en una escuela en salud pública, de la Universidad Cayetano Heredia en Lima, Perú. Mi formación es en Historia, en Ciencias Sociales, y mi investigación siempre ha sido en Historia de la Salud. Hubo una razón por la cual, me dediqué a estos temas, se debe a que mi tesis de doctorado fue sobre un caso histórico de relación entre la medicina y el nacionalismo en los Andes y cuando estaba buscando trabajo en Perú en el año 91, se presentó la posibilidad de ser profesor en la Universidad Cayetano Heredia, enseñando el curso Historia de la Salud. Donde estoy hasta ahora, además imparto otros cursos relacionados a Salud Internacional o a Salud Global.

Al comienzo, los estudiantes me preguntaban cuál era la importancia de la historia para la Salud Pública. En aquella época, yo no le daba mucha atención a esa pregunta pero en los últimos años he tratado de responderla, no sé si lo he hecho bien, pero sí creo que debe establecerse un diálogo fructífero entre las Ciencias Sociales y las preocupaciones actuales de la Salud Pública. Creo existe, sobre todo por parte de la Salud Pública, una receptividad a estudios y a ideas que se elaboren desde una investigación rigurosa en la Historia de la Salud y en las Ciencias Sociales.

Revista

Recentemente, o senhor teve a experiência de fazer uma pesquisa e escrever um livro sobre a história da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). Tem-se discutido muito, quando se pensa nos organismos internacionais, em até onde existe espaço na negociação entre os países, que têm níveis de poder diferentes, para os interesses nacionais se colocarem. Qual a sua conclusão a partir dessa pesquisa? De que forma a história da Opas e o uso de uma perspectiva histórica para entender os fenômenos de saúde podem contribuir para analisar essas relações?

Marcos Cueto

He culminado el estudio de la Historia de la Organización Panamericana de la Salud, el cual ha sido publicado en español, inglés y portugués. Actualmente con Elizabeth Fee y Theodore Brown estamos haciendo la historia de la Organización Mundial de la Salud. En los dos proyectos ocurrió un aspecto interesante, la persona que nos encargó que lo hiciéramos, no sólo pidió que contáramos lo que había sucedido, sino que tratáramos de identificar los problemas que se reiteran en estas instituciones, los logros que se han podido alcanzar y también ver cuáles han sido los grandes procesos que se han dado en estas organizaciones que permitirían comprender los problemas contemporáneos en una perspectiva de largo plazo.

A mi entender, existen dos elementos importantes de resaltar, en primer lugar es el hecho de que la Organización Panamericana de la Salud nace como un brazo del servicio de salud pública norteamericano, de los Estados Unidos, y que a lo largo del siglo XX ha habido un proceso de latinoamericanización, especialmente desde fines de los años 50. Esto se debe, a la creciente presencia de funcionarios y preocupaciones latinoamericanas y a la importancia que se empieza a dar a la creación de oficinas nacionales y de institutos especializados en los países de América Latina.

En segundo lugar, es que se comienza a notar, con mucha fuerza, la importancia a la adaptación de políticas generales de salud dictadas desde las metrópolis. Lo cual ocurre con mucha intensidad, por ejemplo, en una de las políticas más importantes de las últimas décadas durante los años de 1970 y 1980; la Atención Primaria de Salud. De esta política, cada país tiene una versión, una adaptación distinta, en algunas más tempranas, en otras más tardías, y en algunos valiosas innovaciones en participación comunitaria no anticipadas por quienes diseñaron originalmente esta política de salud. Esta capacidad de adaptación, negociación y flexibilidad favorece la idea general para pensar que no todo lo que se dicte o lo que se diga desde los centros mundiales o desde las agencias internacionales sea imitado automáticamente en los países receptores.

Asimismo, el caso de la OPS sugiere que el proceso de latinoamericanización de una agencia internacional ha enriquecido la implementa-

ción de estas políticas haciéndola más flexible. Además, más abierta a iniciativas que vienen desde las comunidades locales.

Revista

O sociólogo português Boaventura de Souza Santos, ao definir a noção de 'processos de globalização', destaca que não existiria uma globalização, referindo-se a sua dimensão económica, mas, sim, globalizações. Entre os diversos processos em desenvolvimento, ele qualifica as perspectivas hegemónicas e contra-hegemónicas desse fenómeno. Como o senhor distingue a noção de saúde internacional da noção de saúde global que se deu nas últimas décadas no cenário académico e político? Como o senhor relaciona esses processos com a tensão entre o internacional e o global?

Marcos Cueto

Si se tuviera que hacer un estudio de la historia de la salud de grandes periodos del siglo XX, diría, que en el comienzo predomina un enfoque de la medicina colonial o medicina tropical. La medicina está entonces muy relacionada a la expansión de los imperios europeos, y al imperio informal de los Estados Unidos que establecen algunas prioridades como la protección de la salud de los colonizadores o de las áreas de producción ligadas a las economías de exportación que tienen auge en ese momento. Protección también del comercio internacional que estaba creciendo entonces. Asimismo, otra prioridad es que aseguren la seguridad nacional de los países industrializados o que no permitan que regresen a ellos enfermedades infecciosas que ya habían controlado.

Es un periodo que coincide con la consolidación de la Teoría del Germen de la Enfermedad como la visión hegemónica de la profesión médica, a la emergencia de organismos nacionales de salud en los países latinoamericanos y al surgimiento de lo que se va a llamar en nuestra región la Salud Internacional. Puesto que, ya hay algunas agencias, como la Fundación Rockefeller, defienden la noción de Salud Internacional como una actividad en la que no solamente se va a intervenir en los brotes epidémicos en países en desarrollo, sino que se va a tratar de que estas sean permanentes.

Pero en la segunda mitad del siglo XX hay un cambio importante con la creación de Naciones

Unidas y de las agencias especializadas. Una de ellas es la Organización Mundial de la Salud, se la crea en el año 1948 y establece ese mismo año un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de que sea su primera representación regional en una distribución geográfica del mundo en seis regiones.

Se puede decir que propiamente dicho la Salud Internacional es el término y el concepto hegemónico desde el año 1948 hasta fines de los años 1980, los cuales son los años de la guerra fría. Un objetivo importante de la salud internacional es el de controlar las enfermedades infecciosas que se originan en los países más pobres. Enfermedades que pueden convertirse en una amenaza para los países más desarrollados. En estos años, los actores de la Salud Internacional son sobre todo agencias multilaterales, de las cuales se destaca la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras como la UNICEF que es también una agencia de Naciones Unidas. La UNICEF dedica 50% de su presupuesto al programa de salud, y participa en campañas fundamentales como el intento frustrado de erradicación de la malaria de la década de 1950. Asimismo, empiezan a destacar agencias bilaterales, los predecesores de la norteamericana USAID y las principales agencias bilaterales europeas. Estas se forman después de la segunda guerra mundial y lo hacen con la concepción de que la Salud Internacional es un programa que va a servir para desarrollar a los países pobres sin que estos se vuelvan comunistas o sean atraídos al eje de la Unión Soviética.

En aquella época la Salud Internacional estaba muy ligada a tensiones de la guerra fría. Lo que significa la rivalidad por esferas de influencia entre las superpotencias, la Unión Soviética y los Estados Unidos. La Salud Internacional aparece como una manera de ofrecerles a los países pobres un medio de resolver sus problemas sociales, entre los cuales está la enfermedad. Modernizándose con tecnología del occidente sin necesariamente convertirse en socialistas o comunistas. Surge como una alternativa para muchos países, principalmente para los del hemisferio occidental que está bajo la influencia de una de las superpotencias; los Estados Unidos.

Por otro lado, la Salud Internacional está muy teñida entonces del concepto de campañas

verticales, es decir, intervenciones específicas, generalmente cortas o de un tiempo limitado, y que ponen énfasis en la tecnología. El ejemplo clásico es la campaña de erradicación de la malaria, en el cual hay un uso exagerado de insecticidas y poca atención a las dimensiones sociales, culturales y educativas de la salud. Esas intervenciones son justificadas como una manera de construir sistemas de salud pública. Asimismo, en la Salud Internacional se concibe que en un Ministerio de Salud, como ya existían muchos en Latinoamérica en los años 50, deben existir una sucesión de campañas verticales, como el programa antimalárico, antipeste bubónica, antiviruela.

Por otro lado, la Salud Global como concepto aparece hacia finales del siglo XX como un tercer período, a fines de los años 1980 cuando acaba la guerra fría. Este es un nuevo contexto que algunos han llamado de Globalización, otros han llamado de hegemonía del neoliberalismo. Con la caída del Muro de Berlín en 1989 y el fin de la Unión Soviética en 1991 pareció por un momento que vivíamos en un mundo unipolar donde hubiera una sola alternativa o posibilidad de desarrollo que era imitar lo que habían hecho los países industrializados.

Este coincide con la emergencia o reemergencia de nuevas enfermedades que siguen a la aparición del SIDA. Surgen varios nuevos virus que se descubren en los años 80, uno de los más famosos es la epidemia del Ebola que se encuentra en Zaire, lo que es hoy la República Democrática del Congo. Asimismo, reaparecen varias enfermedades que habían sido controladas inicialmente pero que recrudecen, inclusive en los países industrializados, como la tuberculosis.

Todos estos factores llevan a pensar a muchos expertos en salud que se está entrando en una nueva etapa en Salud Pública que empiezan a denominar como la Salud Global.

Hay varios factores que están implícitos en el término de Salud Global; uno es el fin de la guerra fría, otro es la aparición de enfermedades emergentes o reemergentes, la revolución en las comunicaciones que hacen que el mundo parezca más unificado, la migración masiva de personas por el planeta; otros factores son la globalización económica que implica políticas neoliberales que disminuyen el poder del estado y la capacidad de los Ministerios de Salud de seguir siendo o alcanzar el ideal de

construir un estado de Bienestar que asegure servicios de salud, y la privatización de las empresas estatales incluyendo las relacionadas con la salud.

Otro elemento muy importante que está tras el proceso de emergencia de la noción de Salud Global, es el hecho de que las agencias multilaterales decaen en su importancia y empiezan a surgir nuevos actores en la Salud Internacional. Uno de ellos, sobre todo, es el Banco Mundial. El cual, en el año 1993 publica su informe anual dedicado al tema de salud que se llama "Invertir en Salud." Este informe trata de encontrar una racionalidad, una idea de costo y efectividad para la inversión en salud. Con este fin, recurre a una vieja idea que la salud pública debe justificarse principalmente por su contribución al desarrollo económico y no tanto a la solidaridad social; como era la idea original en la Atención Primaria.

El Banco Mundial acaba teniendo un presupuesto para las actividades de salud mucho más grande que el de la Organización Mundial de la Salud. Lo que resulta en un recambio en el liderazgo en la Salud Internacional, donde a fines del siglo XX empieza a opacarse el rol de liderazgo de la Organización Mundial de la Salud.

Es cierto que esta organización tenía en los años 80 un liderazgo con poca capacidad para enfrentar un nuevo escenario político y epidemiológico. Pero en general, tanto la OMS como otras agencias multilaterales, con excepción del Banco Mundial, experimentan declinación. Asimismo en esta época, surgen otros grandes actores; los nuevos donantes privados, sobre todo la Fundación Bill Gates. El presupuesto de la Fundación Gates para la salud es mucho mayor que la del Banco Mundial y de la OMS. Simultáneamente a este surgimiento, nace una nueva modalidad, la que es de alguna manera impuesta por los donantes y por el Banco. Esta modalidad consiste en la realización de campañas internacionales de salud a través de recursos extra presupuestarios de la OMS y ya no a través de estos organismos como hasta entonces en las así llamadas Alianzas Público Privadas (en inglés *Public Private Partnerships*). Estas Alianzas recursos significativos que van dirigidos a un fin específico que acaban siendo una porción muchos más importante del presupuesto regular de la OMS.

La idea era crear fuera de la OMS organismos dirigidos a controlar enfermedades específicas, en los cuales, uno de los socios que tenía que participar era la OMS o la OPS, pero participaban también el Banco Mundial, los donantes, Organismos No Gubernamentales, y empresas farmacéuticas.

La primera de estas PPP's y una de la más famosas fue ONUSIDA, que se ha sido creada como un organismo de Naciones Unidas, y que irónicamente, a pesar de su edificio al frente de la OMS en Ginebra, funciona de una manera casi independiente. Posteriormente, en los años 90 se crean varias PPP's, por ejemplo: Hacer Retroceder la Malaria, y Stop TB, o Parar la Tuberculosis, que la crea, sobre todo, la Cooperación Británica.

La más importante, quizás, es el Fondo Global de lucha contra la Malaria, el SIDA y la Tuberculosis. Es un organismo que funciona en Ginebra y tiene su propia burocracia, pero maneja una cantidad de recursos muy grande.

Actualmente hay una discusión sobre si estos PPP's y si este Fondo Mundial no están haciendo volver la época de las campañas verticales. Por un lado, hay gente que los defiende porque piensa que son más eficientes, eficaces, manejan con transparencia el dinero y evitan la corrupción. Entre sus principios está la obligación de la participación de los países, incluso a veces de grupos de pacientes, lo que es esencial para el control del SIDA o la tuberculosis. Por otro lado, hay gente que piensa que se ha vuelto a priorizar la tecnología sobre la participación comunitaria. Por ejemplo, en el caso de la malaria hay, a veces, un énfasis exagerado en el uso de mosquiteros impregnados de insecticidas sin tomar en cuenta los problemas de pobreza y mala distribución del agua, o en el SIDA en la distribución de los antiretrovirales sin considerar la discriminación de los grupos gay. Así como en la tuberculosis se sobreenfatiza el tratamiento DOTS, es decir supervisados por médicos para que toman la cuota diaria de un régimen de pastillas que es complicado y largo, pero se hace poco por mejorar las condiciones de vivienda y alimentación que es la causa social más importante de esta enfermedad.

Es decir, hay una discusión a cerca sobre en qué medida este Fondo puede modificar las condiciones sociales que son las que originan muchas de estas enfermedades o hacen que persistan.

Por ejemplo, en qué medida el Fondo lucha contra la discriminación? O, que es lo que se hace para eliminar la discriminación étnica y hacia los pobladores rurales que son los que más sufren de malaria? Como también, que puede hacer el Fondo para modificar la actitud de los gobiernos de países pobres que sigan teniendo como principal prioridad gastar en armamento en lugar de gastar en salud y educación.

De forma a que es una discusión actual, el hecho de que el Fondo está buscando, otra vez, objetivos muy precisos y descuidando una discusión más global de los determinantes sociales de la salud.

Revista

Que expectativas o senhor tem em relação ao trabalho da comissão sobre os determinantes sociais da saúde na história recente da Organização Mundial da Saúde (OMS)? Poderá ter um impacto positivo no sentido de reverter essa tendência a um retorno à verticalização?

Marcos Cueto

Yo creo que sí, es algo interesante que en esa comisión dedicada a estudiar las "causas de las causas" hay varios representantes latinoamericanos y además entiendo que Brasil es un país donde hay una comisión nacional de determinantes sociales de salud.

La idea que tengo de Salud Internacional en el siglo XX es siempre ha habido una tensión entre una idea dominante, hegemónica, y una crítica a la misma. Por ejemplo, en la década de 1950 eran las campañas verticales. Sin embargo, en esa época había una minoría que pensaba de una manera más social o en la Medicina Social. A su vez, en los años 1980 surgió la Atención Primaria, por un tiempo fue un nuevo modelo de trabajo en salud. Pero siempre había una minoría que quería volver a las campañas verticales. Es decir, siempre existe en la salud pública una tensión entre una perspectiva más amplia, más holística, más integral, y una perspectiva más técnica que se basa en la eficiencia, la cual busca dar resultados, a veces, inmediatos. Además resultados que sean fáciles de medir cuantitativamente. Surge, entonces, una tensión entre las dos perspectivas.

No estoy diciendo que la una tiene que priorizarse sobre la otra, quizás la solución sería

encontrar una articulación entre el Trabajo del Fondo Global y el de la Comisión de Determinantes, una armonía de trabajo entre las dos. Con el fin, de que se pueda trabajar mejor sin generar un conflicto en los sistemas de salud.

Por otro lado, pienso que la Salud Global es sobre todo una perspectiva en gran parte dominada o influenciada por este regreso a las ideas de las campañas verticales; que quiere presentarse como un proceso natural, lo cual no lo creo. Muchas veces se presenta a la Salud Global como una respuesta racional a la globalización, como si fuera un fenómeno natural marcado por el crecimiento de la economía, de la tecnología electrónica y de las enfermedades emergentes.

Creo que hay una cuota importante de política en el concepto de Salud Global que se relaciona con la política neoliberal, la búsqueda de la eficiencia promovida por el Banco Mundial y la reducción de los Ministerios de Salud.

Han habido también propuestas, que son interesantes, de hacer foros globales de salud desde las poblaciones, es decir, promover una globalización desde abajo.

Uno de los problemas del Fondo es que muchos países tienen la tendencia a crear ministerios dentro de ministerios. Por ejemplo en varios países latinoamericanos hay un piso muy moderno, muy eficiente, que es el que recibe fondos del Fondo Global y el resto sigue siendo precario o pobre. De esta manera se crea un desequilibrio en los sistemas de salud. Pero, debemos seguir ejercitándonos en lo que siempre hemos sido buenos, que es adaptar lo que viene de afuera y crear cosas nuevas a partir de nuestros propios recursos.

Revista

Entendo que o senhor está se referindo a uma estratégia da OMS e dos organismos internacionais de atuarem junto aos Estados nacionais em relação às políticas de saúde global. De um lado haveria uma dimensão mais política, onde a OMS poderia servir, como dizia Gro Harlem Brundtland [ex-diretora geral da OMS], como um grande farol que iluminasse e guiasse os diversos sistemas nacionais de saúde, prestando consultorias e ofertando idéias. De outro lado, interviria diretamente através de ações verticais, financiamento e assim sucessivamente. Durante a década de 1970, a OMS atingiu, talvez, o apogeu de sua influência política com

a Declaração Alma-Ata e a proposição da atenção primária. As suas teses eram universalistas, havia um forte conteúdo político contido nessas idéias. De que maneira o senhor vê o papel dos organismos internacionais, mais especificamente da OMS, na difusão de idéias como o direito universal à saúde, como nós defendemos aqui no Brasil?

Marcos Cueto

La OMS está en este momento en un proceso de transición, acaban de elegir un nuevo director general la Dra. Chang. Ella es china, pero de formación inglesa y norteamericana, todavía no está claro cuál va a ser su política en el futuro. Pienso que estas agencias tienen de alguna manera una ventaja por que son muy visibles a nivel internacional pero tienen una desventaja, en el sentido de que son agencias intergubernamentales y como Uds. saben, la salud pública va más allá de lo que puede hacer el gobierno. En la salud pública participan muchos actores no sólo los del sector público. Entonces, creo que en esta discusión que hay actualmente, se refleja, un poco, lo que dice el Fondo Global y lo que dice la Comisión de Determinantes Sociales de Salud.

En esta discusión los latinoamericanos tenemos mucho que decir y podemos decir incluso cosas más arriesgadas, atrevidas y audaces para un funcionario internacional que lo que ellos puedan decir por la limitación que tienen las características de su organismo, que como digo son organismos intergubernamentales.

Eso es algo que deberíamos tratar de hacer más en el futuro, a partir de nuestras experiencias y elaborar propuestas que no necesariamente sean presentadas como modelos rígidos universales, pero sí como una demostración que siempre se puede hacer algo alternativo.

La Atención Primaria de la Salud a pesar de haber surgido como una promesa, creo yo, nunca fue aplicada completamente en ninguna parte porque inmediatamente fue convertida en varios subprogramas.

Cuando esta surge en la reunión de 1978 en Alma-Ata, la idea era que iba a ser el nuevo centro de sistema de salud, pero al poco tiempo se crean cuatro intervenciones que en inglés se llamaron el GOBI; una era para monitorear el peso de niños con problemas de nutrición, otra para las sales de rehidratación oral para las

diarreas, una tercera para promover la lactancia materna y la última para incrementar la inmunización. Configurándose con el tiempo, otra vez, cada una de ellas como pequeños programas verticales.

En muchos países latinoamericanos se crearon programas de atención primaria al lado de los antiguos programas verticales, es decir que la Atención Primaria no cambió todo el sistema de salud como inicialmente se había propuesto sino que se la agregó como un programa más. La esperanza para el futuro, para los que trabajan ahora en la perspectiva de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud, es de volver por lo menos a la inspiración de Alma-Ata, que vuelva a ser relevante y aplicable en los países y a nivel internacional.

Revista

Uma questão importante em termos do papel dos organismos internacionais, quando pensamos em uma visão mais integrada de saúde, é pensar o tema da pesquisa em saúde, da Ciência e Tecnologia. Na última administração da OMS havia uma área de gestão do conhecimento e informação que acentuava a existência de uma disparidade entre esse conhecimento e as demandas ou necessidades dos países pobres. Que papel o senhor acha que um organismo como a Organização das Nações Unidas (ONU) pode assumir nessa dinamização da pesquisa? Em qual sentido? Com qual orientação?

Marcos Cueto

Es fundamental, y es un área en la que ellos y muchos países latinoamericanos estamos como recién aprendiendo la lección. Porque, por ejemplo, para los organismos internacionales yo diría que muchas de las campañas internacionales fracasaron, porque no le dieron suficiente importancia a la investigación.

La campaña antimalárica de las décadas de 1950 y 1960 fracasó en parte, es decir no erradicó la malaria porque no se sabía suficientemente una serie de aspectos biológicos o sociales de la enfermedad. La Atención Primaria, también creo que tuvo problemas porque no hubo suficiente estudio sobre temas como la participación comunitaria. Incluso la Atención Primaria no considero la emergencia de enfermedades el SIDA. La primera reacción de varios funcionarios de salud cuando aparece la epidemia del SIDA, fue

el pensar que quizás se trataba solamente de un problema reducido de los países industrializados, una respuesta que después fue felizmente corregida.

El problema que existe en los países en vías de desarrollo, a pesar de la existencia de investigaciones muy valiosas éstas han sido hechos con poca continuidad, están muy fragmentadas, y aun no existe un mecanismo claro de transición entre la investigación y la intervención o la política de salud.

De forma a que se acumula una serie de investigaciones muy buenas pero se tiene el supuesto equivocado de que si se da la información racional, la población o las decisiones políticas se van a adoptar automáticamente, cuando los historiadores sabemos por experiencia que las campañas de salud no funcionan así. Para citar un ejemplo muy conocido no es suficiente decirle a un joven que deje de fumar por los peligros médicos, sino comprender su cultura, la que hace que ese joven fume en una fiesta o con sus amigos.

Entonces, de la misma manera algo que se empezó a hacer en México por el Instituto Nacional de Salud y que estamos tratando de hacer en Perú, es conocer cuáles son los obstáculos recurrentes que dificultan que el conocimiento se traduzca en intervenciones. Esto tiene que ver un poco con la característica del sistema de salud fragmentado que hay en muchos países latinoamericanos y el recelo que se genera entre los diferentes organismos públicos y privados que intervienen en la salud.

Por un lado, en el sector público hay un recelo de que las universidades estudian con demasiado detalle los problemas de salud, que están en una torre de marfil o se toman mucho tiempo en hacer la investigación y les interesa más publicar en el exterior por el prestigio que esto les otorga a los autores.

Por otro lado, las universidades temen al sector público porque a veces las consultorías encargadas desde el Estado quieren que en poco tiempo produzcamos conocimiento relevante y aplicable, lo cual a veces consideramos como un pedido de ser superficiales.

Asimismo, el sector privado o las ONG's tienen recelo, tanto de las universidades como del sector público, porque piensan que son muy burocráticos, muy lentos. En contrapartida, las

ONG's o el sector privado es más rápido, más eficiente, pero sus recursos son limitados.

Por tanto hay una falta de comunicación, y a pesar que existe un poco de verdad en cada una de las partes, los patrones recurrentes de inco-municación y recelo se vienen arrastrando hace mucho tiempo y no permiten avanzar en la mejora de los sistemas de salud.

Además, hay pocos mecanismos para darle la suficiente importancia a representantes a nivel local, para que desde el comienzo de las inves-tigaciones exista la participación de ellos en conjunto con el sector público, ONG's, de grupos de pacientes y el sector privado, con el fin que vean cómo se realiza un estudio y no simplemente la reciban como un producto acabado. Una cosa nueva que está empezando a funcionar en algunos países, es la exigencia que desde el comienzo de un proyecto de investi-gación, exista participación de varios actores institucionales, es decir no sólo en la difusión de los resultados, sino en el proceso mismo de la investigación.

Revista

Tivemos no Brasil uma batalha em torno das patentes em relação à fabricação e distribuição de medicamentos retrovirais para tratamento da AIDS. Quando revemos Alma-Ata, percebemos que a gestão Mahler [ex-diretor geral da OMS] teve fortes resistências. Por exemplo, as represálias da indústria farmacêutica frente à proposta de fornecimento de medicamentos essenciais para a atenção primária e a oposição da indústria de leite quando se preconiza a amamentação. Parece que é inevitável, quando pensamos em políticas de saúde e atenção primária, esbarrarmos em outros interesses, como os da indústria. Na gestão de Gro Brundtland houve uma série de alianças com indústrias farmacêuticas, apesar de naquele momento estar se desenvolvendo fortemente uma política anti-tabaco. Como o senhor vê essa questão, uma vez que no momento em que se difundem idéias sobre saúde entramos em conflito com determinados interesses econômicos? Como analisa a habilidade política desses organismos internacionais e dos próprios Estados nacionais para poderem pôr essas questões em pauta?

Marcos Cueto

Es una pregunta muy importante, en la época de la Atención Primaria de Salud, una de sus banderas era la defensa de los genéricos, por eso muchos de sus partidarios veía a la industria farmacéutica como gran enemiga.

Tuve la oportunidad de entrevistar varias veces a directivos de la OMS y uno de ellos me contó como una anécdota que vivía en una zona del campo en Ginebra, y me dijo que en su jardín aparecía una culebra y el decía medio en broma que era de la industria farmacéutica; es decir que todavía hay esa mitología.

Hay dos eventos importantísimos, que es lo que pasó en Brasil con los medicamentos antiretrovirales y la habilidad, que a mi entender fue positivo, de la Dra. Gro Harlem Brundtland y el Dr. Lee, directores generales de la OMS antes de la Dra. Chang, para mantener una posición de firmeza y negociar con las empresas y obligarlas, de alguna manera, a que empiecen a hacer investigaciones y que produzcan medicamentos para enfermedades que a veces no les interesaba porque según ellas, estas enfermedades atacan en países pobres, donde no hay mucha posibilidad de venderlos. Pero, en los últimos años ha habido unidades de empresas farmacéuticas que están teniendo apertura hacia los temas de producción de medicamentos nuevos contra la malaria por ejemplo. Esto esta ocurriendo ya sea en parte por motivos de relaciones públicas o en parte por razones humanitarias, que pueden ser sinceras o no.

Pienso que, mi respuesta sería, tratar de dejar la actitud anterior de que son enemigos declarados de los trabajadores de salud pública. Pero sí, mantener una posición de firmeza y a la vez de cordialidad, como la que se ha empezado a lograr en los últimos años. Además, saber que se trata de una negociación y de una tensión permanente y por eso no todo va ser siempre una relación armónica. De forma a que tal vez, se les pueda sacar más logros para la Salud Pública de lo que hasta ahora se ha podido.

Revista

Gostaríamos de conhecer um pouco a sua reflexão sobre um aspecto muito importante do campo da saúde atual, que são as mudanças demográficas, e olhar para elas através, inclusive, de uma perspectiva histórica do papel dos

organismos internacionais. Duas mudanças importantes são o envelhecimento da população e os fluxos migratórios dos países pobres para a Europa, da Ásia para a Europa, da África para a Europa, e o impacto que isso gera em torno de visões mais ou menos universalistas sobre saúde. Como a saúde se insere nessa discussão?

Marcos Cueto

Evidentemente, los cambios en la población y el perfil epidemiológico han tenido un impacto muy fuerte en el surgimiento del concepto de Salud Global. En Salud Internacional había un supuesto que decía que los países industrializados casi habían acabado con el problema de las enfermedades infecciosas o transmisibles, y estaban pasando a un perfil epidemiológico de enfermedades crónicas degenerativas, y que en los países en desarrollo persistía como su principal problema las enfermedades infecciosas. Pero, en los años 80 todo este concepto se altera, en parte por el SIDA y en parte por el surgimiento de enfermedades emergente o reemergentes.

Las infecciones como el SIDA reaparecen en los países industrializados, y hay el temor que nuevas enfermedades que reaparezcan a través de los viajes. Como fue el caso del SARS que aparece en China y en pocas semanas apareció en Canadá. Había un gran temor que se difundiera por el resto del mundo, como ahora hay con la gripe aviar.

Por otro lado, en los países en desarrollo empiezan a manifestarse, de manera perniciosa, los problemas que tenían los países adelantados, lo que quiere decir las enfermedades crónicas y degenerativas, además de la obesidad y del consumo del tabaco, que se mezclan con las dolencias típicas de la pobreza. Se trata muchas veces de personas que no tienen recursos y por eso tienen un estilo de vida y de nutrición perjudicial a su salud. Consecuentemente, acaban padeciendo de enfermedades relacionadas a la obesidad o a la diabetes, entre otras, que antes eran consideradas típicas de los países industrializados. Por tanto, ha cambiado definitivamente el perfil epidemiológico.

Otro tema que se empieza a sentir en algunos países latinoamericanos es el surgimiento de una creciente población de la tercera edad, para la cual, en mi opinión, los servicios de salud y

previsión social no están completamente preparados. Yo insistiría en algo, de lo que dije anteriormente, es verdad de que hay un componente biológico inevitable en estos procesos, es decir, existe un componente biológico en la aparición de un nuevo virus y su rápida disseminación. Pero también hay un componente social y político, es el hecho de que se extienda, a nivel internacional, estilos de vida de mala nutrición, como es el caso de comer comida chatarra. Además que los McDonald's sean el lugar de comida, a veces, de los domingos de las familias de menores recursos.

Este hecho, es también parte de una decisión política y económica. Por ello no sólo hay que permitir que se extienda un estilo de vida perjudicial a la salud, sino también examinar cual es la mejor manera de no permitir la llegada o creación de industrias de alimentos que son perjudiciales a la salud y que peligrosamente algunas de ellas ya son poderosas corporaciones transnacionales.

Por otro lado, esto también está ocurriendo con la emigración de los trabajadores de salud, evidentemente hay mucha gente que está saliendo por la posibilidad de empleo o de un mejor salario en los países más desarrollados. Pero también está saliendo porque no encuentra posibilidades de trabajo en sus países. La intensidad de la emigración es ahora mucho más grande de lo que fue hace 20 años. Pero también en esto, hay un componente político, económico y hasta sanitario; uno de los grupos que más migra son los trabajadores locales de salud. Estos, migran a países desarrollados. Por ejemplo, es típica la emigración de enfermeras porque en los países más ricos es una profesión que no ejercen los profesionales de salud de ese país. También hay una emigración entre países Latinoamericanos, es el caso de muchos médicos peruanos de clase media que van a Chile para trabajar en las zonas rurales, porque el salario en esas regiones es todavía más alto de lo que podrían ganar en el Ministerio de Salud peruano.

Asimismo, muchos médicos peruanos que trabajan en la Amazonía cruzan la frontera para trabajar en el SUS, porque el salario que ganan como servidores públicos brasileños es mucho mejor que el que paga el Ministerio de Salud en Perú. Además, les permite que envíen remesas,

o recursos económicos, para sus familias. Conformándose un fenómeno ya casi inevitable, el cual es muy complejo, porque no se pueden poner reglas contra la libre elección de las personas de buscar una posibilidad de trabajo en el exterior, pero hay que buscar medios para que los países no pierdan los recursos que han invertido en la educación de sus profesionales de salud.

Por tanto, hay que encarar ese problema sobre todo de emigración de trabajadores de salud, de forma a que se creen mecanismos para retenerlos y mejorar sus condiciones de trabajo nacional y localmente, con el fin que no sólo el sistema educativo, sino su trabajo contribuyan, de mejor manera, en la mejora del sistema de salud.

Nota

¹ Entrevista concedida a Gustavo Corrêa Matta, coordinador do Laboratório de Atenção em Saúde (Laborat) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz), e Nísia Trindade Lima, pesquisadora titular da Casa de Oswaldo Cruz, da Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz) e editora científica da Editora Fiocruz. Colaboraram na formulação das perguntas Roberto Pereira Guimarães, professor da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, da Fundação Getúlio Vargas (Ebape/FGV) e da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e Ruben Araujo de Mattos, professor adjunto do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj).