

El fenómeno de las Global Public-Private Partnership en salud y su impacto sobre la governance global del sector

por Eduardo Missoni

En el contexto global del final del milenio, nuevos actores se presentaron en la escena sanitaria internacional pretendiendo un rol proporcional a su peso financiero: el sector privado, especialmente el de las grandes transnacionales, entre las cuales las farmacéuticas.

Los nuevos actores se proponen a la comunidad internacional como interlocutores directos o a través de asociaciones y fundaciones que son sus emanaciones filantrópicas.

Alianzas y asociaciones de diferente naturaleza entre estos nuevos donantes y los tradicionales actores bilaterales y multilaterales representa la más reciente evolución del proceso de transformación del escenario de la cooperación internacional al desarrollo, que desde los '90 ha progresivamente modificado roles y equilibrios anteriores.

La noción de *partnership* para el desarrollo no es nueva. Ya en 1969 la Comisión Pearson hacía hincapié en la importancia de una *partnership* entre donantes y países beneficiarios para los fines del desarrollo. La asociación tendría que basarse en la «especificación de recíprocos derechos y obligaciones» entre los *partners* y el «establecimiento de objetivos claros que produzcan beneficios para ambas partes».¹

En los años '70 la distancia entre las Naciones Unidas y el sector privado era consistente. La ONU estaba comprometidas en normar las actividades de las transnacionales² consideradas entre las causas del subdesarrollo de los Países del Tercer Mundo.

Durante los ochenta hubieron varias experiencias de introducción de códigos internacionales de conducta en relación a la producción, la promoción y el uso de algunos productos: en 1981 OMS y UNICEF erogan el Código Internacional para la Comercialización de los Substitutos de la Leche Materna; en 1985 la FAO introdujo el Código de Conducta para la distribución y el uso de los Pesticidas; en 1988 la OMS adoptó los Criterios Éticos para la promoción de los Fármacos. Pero, contemporáneamente, se registró una significativa variación de tendencia: en vez de tratar de reglamentar las inversiones extranjeras, las Naciones Unidas comenzaron a promover aquellas inversiones en los Países en desarrollo y a incentivar la dereglamentación.³

En 1996, la OCDE se refería a la idea de *partnership* todavía como a un “valor”, más que como a un instrumento, indicando el “modelo de *partnership*” como el nuevo marco de la cooperación para el desarrollo. Se indicaban los diferentes roles de los *partners*, pero insistiendo sobre la “ownership” local como principio guía. Los objetivos de desarrollo se habrían alcanzado sólo a través de «acciones concertadas a desarrollarse mediante un proceso de diálogo y acuerdo en un verdadero espíritu de *partnership*». Para lograr el éxito se consideraban esenciales «un acercamiento comprensivo, basado sobre los recursos, la energía y el compromiso de instituciones e individuos en todos los niveles de gobierno, en el sector privado, en las organizaciones no gubernamentales en los países en desarrollo y en aquellos industrializados, y en las organizaciones internacionales», así como un «acercamiento individual que reconociera la diversidad entre los países y las sociedades, respetando la ownership local del proceso de desarrollo».⁴

Con el fin de evaluar el progreso alcanzado en los objetivos de reducción de la pobreza y definir una visión común hacia el futuro, respondiendo a una solicitud específica de los países del G-8, en el mes de junio del 2000 Naciones Unidas, OCDE, FMI y Banco Mundial presentaron conjuntamente el informe «A better world for all» (Un mundo mejor para todos). Los obstáculos para el auspiciado «esfuerzo de desarrollo para alcanzar estrategias de crecimiento sustentables y más rápidas en favor de los pobres» fueron identificados en: «Una gobernanza débil. Malas políticas. Abusos de los derechos humanos. Conflictos, desastres naturales y otros choques externos. La difusión del HIV/SIDA. El fracaso en enfrentar las desigualdades en el ingreso, la educación y el acceso a la asistencia sanitaria, y las desigualdades entre hombres y mujeres (...) Obstáculos al acceso de los países en desarrollo a los mercados globales, el peso de la deuda, el declino de la ayuda para el desarrollo y, a veces, la inconsistencia de las políticas de los donantes...».

Como superar estos obstáculos? La respuesta fue: «Una partnership verdadera, y un compromiso continuado para la eliminación de la pobreza (...). Partnership estratégicas que capitalicen la fuerzas intrínsecas de cada partner, reflejen metas y objetivos comunes y construyan sobre la base de los logros existentes».⁵

En el lenguaje de los encuentros internacionales patrocinados por, o con la participación de agencias de las Naciones Unidas y otros actores públicos internacionales y bilaterales, la retórica de la partnership se volvió dominante y el concepto se fue concentrando progresivamente en la “necesidad” de crear *joint ventures* publico-privadas.

Por ejemplo, en un encuentro copatrocinado y realizado por la OMS la declaración final introdujo el siguiente imperativo: «Para llevar la salud al centro de las estrategias de reducción de la pobreza y de desarrollo *se requiere* la construcción de partnership publico-privadas entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil [*otro concepto definido seguido muy vagamente*], el sector privado y las agencias internacionales, tanto a nivel de país como a nivel internacional».⁶ Pero, de esa declarada necesidad no se entregó ninguna evidencia.

Así, en años más recientes, en el marco de la reducción de los recursos destinados a la ayuda para el desarrollo y de crecientes dudas en relación al papel y la eficiencia de las Naciones Unidas y de sus Agencias, se ha ido afirmando progresivamente un nuevo mecanismo de colaboración entre las mismas organizaciones de las Naciones Unidas y la empresa privada, extendiéndose hasta asociar todo tipo de sujeto público (gobiernos, y organizaciones internacionales) y privado (empresas nacionales y multinacionales, organizaciones no gubernamentales, fundaciones, universidades, etc.) en *Global Public-Private Partnerships* (GPPP).

Estas, más allá de deseables iniciativas de colaboración entre los diversos sectores de la sociedad, se han concretizado en nuevas estructuras con reglas y órganos directivos propios y se están imponiendo como modelo universal de referencia.

Mientras entre los Objetivos del Milenio para el Desarrollo (*Millennium Development Goals* – MDG) se indicaba *la* partnership con el sector privado, dejando espacio para una interpretación en términos de valores, objetivos y responsabilidades compartidos, en dos líneas de un solo párrafo de la correspondiente Declaración del Milenio, adoptada por la Asamblea general de las Naciones Unidas en el mes de septiembre del 2000, se afirmaba el compromiso para el desarrollo de «fuertes partnership con el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil en búsqueda del desarrollo y la erradicación de la pobreza».⁷

Por lo tanto, detrás de principios y valores indiscutibles, cual el esfuerzo necesario de toda la sociedad para enfrentar la pobreza mundial, con la idea del partnership global se

estaba contrabandeando un nuevo modelo operativo basado en la formación de nuevas organizaciones mixtas público-privadas.

Al comienzo del Tercer Milenio, las *Global Public-Private Partnerships* se han vuelto una de las características más notables de la arena global. En cada *Summit* se vuelve a presentar este modelo como la respuesta a los más distintos y dramáticos problemas que el mundo enfrenta hoy en día. Uno de los resultados más controvertidos del Summit Mundial de Johannesburg 2002 fue la adopción de las *partnership* público-privadas como el mecanismo preferido para el suministro de servicios (de agua y saneamiento). Frente a la resistencia de los gobiernos en establecer metas y cronogramas específicos, no obstante la urgente necesidad de medidas concretas, algunos delegados indicaron que las *partnership* podrían tal vez constituir un valor agregado para superar la supuesta incapacidad de los gobiernos para enfrentar solos las necesidades del desarrollo, pero «jamás una excusa para que los gobiernos eviten sus compromisos».⁸ El Summit de Johannesburg terminó con centenares de propuestas de *partnership*,⁹ con imaginables consecuencias en términos de coordinación y fragmentación de los recursos.

Entre los factores que justificarían el recurso a la constitución de GPPP están la insatisfacción y la desconfianza hacia las instituciones gubernamentales, la reducción de los recursos destinados a la asistencia a los países pobres, el proceso de globalización que con el crecimiento de las comunicaciones contribuye en evidenciar los problemas ligados a la pobreza y a las desigualdades en salud, un creciente llamado al sector privado a hacerse cargo de responsabilidades sociales (*corporate social responsibility*), y un igualmente creciente interés de aquel sector en presentarse socialmente responsable.

Los promotores del nuevo modelo llegan a afirmar que “trabajando separadamente, ni el sector público, ni el privado tienen todas las capacidades, los recursos y los fondos necesarios para superar las desigualdades en salud”.¹⁰ En este sentido, algunos han definido la colaboración como “inevitable”.¹¹ El modelo se funda en el convencimiento que “sólo la empresa privada puede ofrecer las capacidades de investigación, la tecnología y el desarrollo adecuados para enfrentar los desafíos globales en salud, ambiente e información de la próxima década”.¹² Paralelamente, para las Naciones Unidas la colaboración con la comunidad del *business* estaría motivada por el tentativo de volver a ganar relevancia política en el contexto globalizado, revitalizando su misión y estructura gracias a la acogida de actores no gubernamentales en sus foros de decisión y en sus órganos de dirección.

Pero, el fenómeno de las GPPP debe ser examinado en el contexto más amplio del neo-liberismo dominante y la presión generalizada hacia la liberación del mercado y la reducción del rol regulador del Estado.¹³

En ese contexto las GPPP ofrecen una oportunidad a la transformación de los modelos organizativos y de gobierno de las transnacionales, que se hizo necesaria debido a la exigencia de competitividad a nivel global. De una estructura vertical con responsabilidades hacia los accionistas (*shareholders*), las transnacionales tienden a pasar a modelos basados en la constitución de “redes” con una responsabilidad difusa hacia un número mucho más grande de sujetos “interesados” (*stakeholders*), incluyendo gobiernos, grupos de presión e institutos de investigación, con el fin de promover su imagen y crear consenso alrededor de su logo. En esta perspectiva pueden leerse entre otras las crecientes iniciativas filantrópicas de la comunidad del *business*, así como la constitución de fundaciones benéficas o las grandes donaciones de medicamentos en apoyo a los programas de las Naciones Unidas, que originaron las primeras iniciativas de *partnership* global.¹⁴

En base a las estimaciones de la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud, para enfrentar sólo algunas de las necesidades básicas en salud, los donantes deberían invertir alrededor de 29 billones de dólares. En un documento sobre salud en el contexto de la política exterior de Estados Unidos y del Reino Unido, se indica que para alcanzar dicho objetivo sería necesario trabajar en *partnership* que involucren los países beneficiarios, los donantes, las organizaciones no gubernamentales y muchos otros, incluyendo los representantes del sector privado. Además, se señala que la OMS no dispondría de los recursos humanos, ni de una organización adecuada para manejar directamente los necesarios programas de asistencia, que - según se lee en el mencionado documento - no haría ni parte del mandato de la OMS. Por eso, se subraya, «deben ser identificadas nuevas estructuras públicas y privadas y deberán desarrollarse muchas diferentes formas de *partnership*, con países beneficiarios y donantes, con las ONG, y con los intereses comerciales y los profesionales de la salud».¹⁵

Obviamente, según evidencian algunos autores, para establecer un pacto de colaboración con el sector privado, es indispensable antes de todo que las instituciones públicas acepten el principio lucrativo que mueve la empresa privada.¹⁶ Sin contradecir dichos principios, por su lado las empresas reivindican importantes “responsabilidades globales”, como se deduce de una respuesta del representante de la industria farmacéutica a un artículo publicado en *Lancet*: «La dimensión del apoyo de la industria farmacéutica va mucho más allá del ámbito de la filantropía tradicional y pone esa industria en una posición líder entre todas las industrias en enfrentar el tema del acceso limitado a los medicamentos». Eso, justamente gracias a su participación «en más de 50 diversas *partnership*». «Desde 1998 [en cuatro años] a través de las *partnership* la industria ha contribuido con donaciones a los Países en desarrollo por 1,9 billones de dólares en productos. Además participamos en muchas iniciativas que proporcionan educación, infraestructuras y asistencia técnica a los Países en desarrollo».¹⁷

Roy Widdus, entre los pioneros de las alianzas público-privado, mientras nos pone en guardia de las críticas que no hacen distinción entre las distintas realidades clasificadas indiferentemente como GPPP, subraya: «La *ratio* de la colaboración público-privado en salud no es solamente aquella de atraer dinero desde las empresas lucrativas o de facilitar la intrusión del *business* en la definición de las políticas públicas. La verdadera *partnership* es en realidad la unión de habilidad, experiencia y recursos diferentes [...] para un fin común, que una acción independiente no podría alcanzar».¹⁸

Las GPPP en salud pueden ser definidas como una relación de colaboración que supera los límites nacionales y asocia por lo menos tres sujetos, entre ellos una empresa (y/o una asociación industrial) y una organización intergubernamental, con un común objetivo de promoción de la salud y una división de las tareas mutuamente concordada.¹⁹

Las características de las iniciativas y sus modelos organizativos pueden variar considerablemente, así como las contribuciones y los beneficios de y para cada uno de los participantes; no obstante se pueden identificar algunos elementos comunes a todas las GPPP: el compartir los objetivos entre todos los asociados; la constitución de órganos de gobierno y de consultación que incluyan representantes tanto del sector público como del privado y procesos decisionales comunes; la utilización de técnicas derivadas del sector privado para alcanzar objetivos sociales; la participación activa de los representantes del sector privado en la realización de las actividades.

Cuando la colaboración con el sector privado se fue imponiendo, la OMS sintió la necesidad de fijar algunos principios éticos esenciales, entre los cuales la salvaguardia de su reputación y de sus valores, además la clara contribución de la colaboración al mejoramiento

de la salud pública.²⁰ Algunos grupos, por otro lado, consideraron aquellos principios insuficientes para limitar los potenciales conflictos de interés intrínsecos a la colaboración entre OMS y empresas comerciales.²¹ Las normas del juego permanecen todavía fluidas y ambiguas y la construcción de *partnership* eficaces implica esfuerzos y riesgos considerables. Cabría preguntarse como sea posible que organizaciones con valores, intereses y visiones del mundo diferentes puedan asociarse estructuralmente para enfrentar y resolver problemas esenciales de salud pública; cuales puedan ser los criterios para evaluar el éxito de las *partnership* público-privadas; quien establecería aquellos criterios, a quien respondería y con cual responsabilidad (*accountability*); como se aseguraría un adecuado nivel de transparencia.²² Estas últimas dos – *accountability* y transparencia - , juntas a legitimidad representativa y conflictos de intereses, son las principales cuestiones que según Widdus deben ser enfrentadas por cualquier organización que reivindique trabajar en el interés público.²³

Kent Buse y Gill Walt han señalado los peligros que pueden derivar de las GPPP para el sistema de las Naciones Unidas; principalmente el temor que las nuevas formas de asociación puedan minar las características de credibilidad, imparcialidad e integridad de la ONU. Las *partnership* tendrían la tendencia a “diluir” la universalidad de las instituciones multilaterales con carácter universal, por los desequilibrios existentes entre los diferentes socios. Por analogía, se pondría en discusión la neutralidad de la acción multilateral, ya que las GPPP tienden a privilegiar intervenciones en aquellos países que estén en condiciones de garantizar mayores éxitos (y visibilidad), más que en aquellos donde es mayor la necesidad. Los dos autores incluso avanzan la hipótesis que, con la atención de las GPPP centrada en actividades “*mas convenientes*”, tocaría a las Naciones Unidas enfrentar los problemas de mayor dificultad y complejidad (como por ejemplo el apoyo a los sistemas de salud y la formación de recursos humanos). En definitiva, las GPPP podrían servir para debilitar los sistemas de *governance* multilateral, transfiriendo la autoridad (y la función reguladora) que pertenece hoy en día a los órganos de gobierno de las NU, a los órganos ejecutivos y de dirección de las GPPP donde el sector privado pesa más.²⁴

Análoga opinión expresa Yamey, *editor del British Medical Journal*: «Al modificarse la arquitectura de la salud global, su *governance* se está trasladando hacia los donantes. La Asamblea Mundial de la Salud puede ser lenta y burocrática, pero tiene las ventajas de la legitimidad representativa – 192 países, pobres y ricos, tienen todos el mismo poder de voto - y responde a aquellos mismos países. Las nuevas iniciativas globales están afuera de la *governance* de la Asamblea y responden en gran medida a sus donantes – fundaciones privadas y gobiernos ricos. Al escoger cuáles intervenciones sanitarias financiar (sobre todo el control de las enfermedades infecciosas), cuáles estrategias adoptar (mayoritariamente programas verticales) y cuales Países puedan recibir apoyo, estas iniciativas están debilitando de modo discutible la influencia de las Naciones Unidas sobre la manera de gastar el dinero para la salud global».²⁵

Paradójicamente, según lo declaró Gro Brundtland, entonces Director General de la OMS, la participación de Naciones Unidas en *partnership* tales como GAVI y Fondo Global, serviría justamente a conferir credibilidad a las nuevas organizaciones globales público-privadas.²⁶

La Global Alliance on Vaccines and Immunisations (GAVI) es el ejemplo mas citado de GPPP en el sector salud. Se trata de una organización independiente que incluye gobiernos nacionales, instituciones públicas e instituciones académicas, agencias técnicas, filántropos, la empresa farmacéutica, la OMS, el Banco Mundial y la Unicef. GAVI fue instituida en enero del 2000 con una donación inicial de 750 millones de dólares de la Bill and Melinda Gates

Foundation, que como en otros casos representa el intermediario filantrópico entre el donante real – la empresa detrás de las cortinas – y los partner del sector público.

Por sus objetivos de interés público y la presencia contemporánea de partner públicos y privados GAVI puede ser definida como una autoridad casi pública (*quasi-public authority*),²⁷ un preocupante híbrido organizacional. Debido a su importante actividad proveedora de fármacos y biológicos, la presencia en el consejo de administración de representantes de las industrias productoras, evoca un evidente conflicto de intereses, con la presencia de la ONU para conferir legitimidad a toda decisión. Por otro lado, si importantes decisiones estratégicas – por ejemplo sobre políticas de inmunización - son tomadas en el nuevo contexto público-privado, la autoridad propia de las UN está socavada. A esto se le añade otra preocupación: como varios países miembros de las UN participan autónomamente a la partnership, las NU pierden ulteriormente de legitimidad representativa y su rol se reduce a la pura asistencia técnica. No obstante esta evidente transferencia de poder y autoridad, la OMS ha promovido con determinación la GAVI sin cuestionarse.²⁸

Sin considerar estos significativos “efectos colaterales”, y sin alguna evidencia de resultados positivos, no obstante las críticas^{29 30 31 32} (algunas de las cuales desechadas por el director ejecutivo de la alianza como “tontera total” - “*complete nonsense*” -³³), GAVI fue adoptada como modelo para el Fondo Global de lucha al HIV/SIDA, tuberculosis y malaria (*Global Fund to fight against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria* - GFATM), la iniciativa conjunta G8-Annan, lanzada con ocasión de la cumbre de Genua en 2001. Una vez más, un modo barato para enfrentar una situación compleja, escondiendo detrás de la supuesta falta de recursos públicos los aspectos políticos, sociales y económicos, y las desigualdades que subyacen a los emergentes problemas de salud.³⁴

De hecho, hoy debemos tomar conciencia de la ausencia de “buena voluntad y compromiso” que algunos autores atribuyeron a la entonces naciente iniciativa G8-Annan.³⁵ Para enfrentar solamente la epidemia de SIDA, Kofi Annan había solicitado recursos globales adicionales por 7 billones de dólares al año (mientras para combatir las tres enfermedades blanco del GFATM las necesidades se estimaban entre 10 y 20 billones al año). En enero de 2004 el total de los recursos prometidos al Fondo Global no alcanzan los 5 billones de dólares (de aquí hasta 2008) y de esos sólo 2,1 han sido efectivamente depositados.³⁶ Los gobiernos del G8 se encuentran ahora bajo presión para que cumplan con las promesas y su credibilidad está ulteriormente comprometida por los datos proporcionados por el OCDE sobre el volumen de su ayuda pública al desarrollo: un 0.19% de su PIB, no obstante la repetida adhesión de aquellos países, cumbre tras cumbre, al objetivo del 0.7% suscrito hace más de dos décadas.

Por otro lado, el sector privado se ha mantenido bastante frío en cuanto a contribuciones. La idea del Secretario General de las UN de que un Fondo Global «gobernado por un *board* independiente», y externo a las UN habría atraído otros “a juntarse a la lucha”,³⁷ no dio resultado.³⁸

Que se trataba de una apuesta lo tenía claro Richard Feachem, director del Fondo Global, que al tomar posesión de su cargo había declarado: «Mientras el Fondo Global avanza, nosotros caminamos hacia lo desconocido y la obscuridad. Nadie ha ido donde estamos yendo. La única luz es la de nuestras imaginaciones...».³⁹

En total contradicción con la línea finalmente asumida a nivel internacional que estaba moviendo hacia un concepto integrado de salud en el contexto de políticas de lucha a la pobreza, el modelo GPPP y la construcción de una *partnership ad hoc* para cada problema vuelven a enfatizar aquella interpretación selectiva de la atención a la salud que durante dos décadas negó la estrategia indicada en Alma Ata.⁴⁰ Es la “balcanización” de la salud global con duplicación de esfuerzos, despilfarro de recursos y pérdida de eficiencia de las

intervenciones. Aún con la disponibilidad de nuevos fondos, muchos de los países que más los necesiten podrían no lograr beneficiarse por falta de los recursos locales indispensables (humanos, logísticos, infraestructurales) para hacer frente a las condiciones y a los procedimientos requeridos para acceder a ellos y utilizarlos.^{41 42}

- ¹ Pearson LB., Partners in development: Report of the Commission on International Development, London, Commission on International Development, 1969
- ² Se constituyó en aquellos años la agencia de las Naciones Unidas para reglamentar ese sector el *United Nations Centre on Transnational Corporations* (UNCTC), cerrada en 1992.
- ³ Utting, P., UN-Business "Partnerships: whose agenda counts?", paper presentado al seminario *Partnerships for Development or Privatization of the Multilateral System?*, North-South Coalition, Oslo, Noruegia, 8.12.2000
- ⁴ DAC, Shaping the 21st Century: The Contribution of Development Co-operation, OECD, Paris, 1996
- ⁵ UN, World Bank, IMF, OECD, "A better world for all" Foreword, 26 June 2000, www.paris21.org/betterworld
- ⁶ World Health Organization, World Bank, UK Department for International Development, European Commission, A common Agenda for Partnership on Poverty and Health, joint Statement of the meeting "Partnership in Health and Poverty: Towards a Common Agenda", Geneva, 12-14 June 2000, *Development*, 2001, 44 (1) 10-13
- ⁷ United Nations, Resolution adopted by the General Assembly, United Nations Millennium Declaration, 18 September 2000, A/Res/55/2
- ⁸ Fiorilli J, "Sustainable Development: Top UN Officials Address Summit; more", UN Wire, 29 August 2002, www.unfoundation.org/unwire/current.asp
- ⁹ Johannesburg Summit 2002, World Summit on Sustainable Development, Highlights of commitments and implementation initiatives, www.johannesburgsummit.org
- ¹⁰ Initiative on Public-Private Partnerships for Health, www.ippph.org
- ¹¹ Lucas A.O., paper presentado al *Workshop on Public-Private Partnerships in Public health*, Dedham, MA, 7-8 april 2000, www.hsp.harvard.edu/partnerships
- Lucas, basa su afirmación sobre la experiencia del Programa Especial UNDP/Banco Mundial/OMS para la Investigación y la Formación sobre Enfermedades Tropicales (TDR) que el mismo dirigió entre 1976 y 1986 y que se cita frecuentemente como modelo de experiencia exitosa entre OMS y sector privado. Para Lucas, por ejemplo, no existirían otras alternativas a dicha colaboración para resolver el problema del desarrollo y de la distribución de los medicamentos. A la dirección del TDR a Lucas sucedió el noruego Tore Godal. El también gran estimador de la colaboración con el sector privado, después de haberse jubilado de la OMS, fue nombrado director del GAVI.
- ¹² Tesner S., *The United Nations and Business: a Partnership Recovered*, St. Martin Press, New York, 2000; citato in Utting, P., *op.cit*
- ¹³ Puede ser interesante notar como el modelo GPPP, reproduzca a nivel global instrumentos y principios entonces adoptados en el Reino Unido por el Gobierno Thatcher. Cfr. Lo Cicero M., Dal Project finance alla public private partnership. Una ricognizione dell'esperienza anglosassone a confronto con le aspettative italiane. *CEIS newsletter*, 2001 (6):7-9
- ¹⁴ Utting, P. *op.cit*.
- ¹⁵ Lister G., Anthony R., Lee K., Williams O., *Global Health and Foreign Policy*, The Nuffield Trust and Rand, 2000
- ¹⁶ Muraskin W., paper presentato al *Workshop on Public-Private Partnerships in Public health*, Dedham, MA, 7-8 april 2000, www.hsp.harvard.edu/partnerships
- ¹⁷ Bale H. Jr., International Federation of Pharmaceutical Manufacturers Associations, *Letter; The Lancet* 2002, 360; 953.
- ¹⁸ Widdus R., Public-private partnerships for health require thoughtful evaluation, *Bullettin of the World Health Organisation*, 2003, 81 (4) : 235
- ¹⁹ Buse K.; Walt G., Global public-private partnerships: part I – a new development in health? *Bullettin of the World Health Organization*, 2000, 78 (4): 549-561
- ²⁰ WHO, *Guidelines on interaction with commercial enterprises to achieve health outcomes*, EB107/20 (Annex) http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB107/ee20.pdf . El primer borrador era de junio 1999.
- ²¹ Health Action International. Comments on WHO Guidelines on Interaction with Commercial Enterprises (Preliminary version July 1999), Amsterdam, 22 december 1999, www.haiweb.org/news/HAI_comment_WHO_Guidelines.html
- ²² Reich M.R., Public-private partnerships for public health, *Nature medicine*, 2000, 6 (6): 617-620
- ²³ Widdus R., *op.cit*.
- ²⁴ Buse, K.; Walt, G., Global public-private partnerships: part II – What are the health issues for global governance? *Bullettin of the World Health Organization*, 2000, 78 (5): 699-708
- ²⁵ Yamey G., WHO in 2002, Why does the world still need WHO?, *BMJ*, 2002, 325: 1294-1298
- ²⁶ Yamey G., *ibidem*
- ²⁷ Mitchell-Weaver C, Manning B. *op.cit*.
- ²⁸ Missoni E, Salute per tutti entro l'anno 3000?, *Salute e Sviluppo*, 2000 (1) 2-3
- ²⁹ Brugha, R., Starling, M., Walt, G., GAVI, the first steps: lessons for Global Fund, *The Lancet* 2002; 359; 435-438.
- ³⁰ Hardon, A., Immunization for All? A critical look at the first GAVI partners meeting, *HAI Europe*, February 2001, vol.6, n.1 (www.haiweb.org/pubs/hailights/mar2001/index.html)
- ³¹ Boseley, S. Charity attacks vaccine alliance, *The Guardian*, January 16, 2002
- ³² Yamey, G., Global vaccine initiative creates inequity, analisis concludes. News roundup. *Bmj* 2001; 322; 754.
- ³³ Godal, T., GAVI, the first steps: lessons for the Global Fund, *The Lancet* 2002; 360; 175-176
- ³⁴ Missoni E, The Global Health Fund: a global bluff, www.bmj.com/cgi/eletters/323/7305/152#16179 , 22 Aug 2001
- ³⁵ Brugha R, Walt G. A global health fund: a leap of faith? *BMJ* 2001; 323; 152-154

- ³⁶ The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Pledges and Contributions, www.globalfundatm.org/, (6 febrero 2004)
- ³⁷ Highlights from the noon briefing , by Manoel de Almeida e Silva, deputy spokesman for the Secretary-General of the United Nations UN Headquarters, New York, Thursday, May 17, 2001 (www.un.org/News/press/docs/2001/20010517.un01051701.htm)
- ³⁸ Aproximadamente el 89% de las contribuciones originan de los países del G8 (incluyendo la UE), 8% de otros países del Norte, 2% de organizaciones no lucrativas (pero el 99.9% de este viene de la Bill & Melinda Gates Foundation), 1% de países pobres, 0.03% de individuos y un porcentaje análogamente insignificante del sector privado, www.globalfundatm.org/, (enero 2004)
- ³⁹ Feachem R, Speech at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Senior lecture, 9 July 2002 www.globalfundatm.org/journalists/speech_Feachem090702.html
- ⁴⁰ Missoni E., Salute per tutti entro l'anno 3000?, *Salute e Sviluppo*, 2000, (1): 2-3
- ⁴¹ Yamey G., WHO in 2002. Why does the world ..., *op.cit.*
- ⁴² Dare L., WHO and the challenges of the next decade, *The Lancet*, 2003, 361: 170-171