

El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente

Anne-Emanuelle Birn, Judith Richter

Un hombre de negocios estadounidense, ferozmente competitivo y enormemente exitoso vuelve su atención a mitad de su carrera hacia la salud pública mundial. ¿Curiosidad histórica o el actor contemporáneo más poderoso en este campo? Ambas. A principios del siglo XX, la Fundación Rockefeller (RF; *Rockefeller Foundation*) comenzó a utilizar las colosales ganancias petroleras de John D. Rockefeller para apostar por un papel preeminente en la salud internacional (así como en medicina, educación, ciencias sociales, agricultura y ciencias naturales). Cerca de un siglo después, la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF; *Bill and Melinda Foundation*), nombrada así por el magnate del *software* y su esposa, se ha vuelto en la que establece la agenda más influyente en la arena de la salud y la nutrición mundiales (así como en agricultura, desarrollo y educación).

Cada una de estas poderosas fundaciones surgió en una coyuntura decisiva en la historia de la salud internacional. Cada fundación fue iniciada por el capitalista más rico y más impulsado de su época. Cada empresario enfrentó la condena pública por

sus prácticas de negocios sin escrúpulos y monopólicas.¹ Ambos han estado sujetos a adulación y escepticismo con respecto a sus motivos filantrópicos.² Aunque comparten una comprensión medicalizada y estrecha de la enfermedad y su control, la RF buscó establecer la cooperación en salud como una esfera legítima para la acción intergubernamental y dio forma a los principios, prácticas e instituciones clave del campo de la salud internacional,³ mientras que la BMGF apareció cuando la gobernanza mundial en salud estaba enfrentando una crisis.

Ambas fundaciones y sus fundadores eran/son seres profundamente políticos, que reconocen la importancia de la salud pública para el capitalismo y de la filantropía para su reputación, al tiempo que proclaman una supuesta base técnica y científica neutral de sus esfuerzos. Sin embargo, existe una diferencia crítica entre ellas: la RF apoyó a la salud pública como una responsabilidad pública, mientras que las acciones de la BMGF han desafiado el liderazgo y alcance de los organismos públicos e intergubernamentales, fragmentando la coordinación en salud y asignando un papel mundial masivo para los “socios” corporativos y filantrópicos.⁴

Dada la confluencia de la generosidad y el establecimiento de la agenda en distintos momentos históricos, surgen varias preguntas: ¿Cómo y por qué han jugado un papel tan importante los mega filántropos estadounidenses en la producción y formación de conocimiento,

Anne-Emanuelle Birn. Profesora de Estudios en Desarrollo Crítico, Universidad de Toronto, Canadá. Correo-e: ae.birn@utoronto.ca

Judith Richter. Investigadora principal afiliada, Instituto de Ética Biomédica e Historia de la Medicina, Universidad de Zúrich, Suiza.

Anotación. Vista previa avanzada del Capítulo 10 de *Health Care under the Knife: Moving Beyond Capitalism for Our Health*, Howard Waitzkin and the Working Group for Health Beyond Capitalism, eds. Monthly Review Press (disponible en 2018). Favor de no citar sin permiso de las autoras.

organizaciones y estrategias para abordar los problemas de salud mundiales? ¿Cuáles son las implicaciones para la salud mundial y su gobernanza?

Estas cuestiones destacan de manera particular, dado que se aclama al “filantropocapitalismo” como el medio para “salvar al mundo”, incluso cuando depende de las ganancias que se acumulan por la especulación financiera, la exención tributaria, la fijación de precios de monopolio, la explotación de trabajadores y la subsistencia de agricultores, así como la destrucción de recursos naturales, beneficios que son canalizados, aunque indirectamente, hacia la producción de más beneficios. El término filantropocapitalismo, acuñado por el editor de negocios estadounidense de *The Economist*, se refiere tanto a infundir en la filantropía los principios y prácticas de las empresas con fines de lucro, como a demostrar el potencial benevolente del capitalismo a través de innovaciones que supuestamente “benefician a todos, tarde o temprano, a través de nuevos productos, mayor calidad y precios más bajos.”⁵

La mayoría de las entidades gubernamentales están sujetas al escrutinio público, pero la filantropía privada rinde cuentas únicamente a sus propias juntas auto seleccionadas. Sólo algunos ejecutivos toman decisiones importantes que afectan a millones de personas. En los EUA (y otras muchas jurisdicciones), las contribuciones corporativas e individuales a las entidades sin fines de lucro son deducibles de impuestos, eliminando aproximadamente \$40 mil millones de dólares de las arcas públicas cada año.⁶ Por lo tanto, al menos una tercera parte (dependiendo de la tasa de impuestos) de las donaciones filantrópicas privadas es subsidiada por el público que paga impuestos, que no tiene voz en la forma en que se fijan las prioridades de esas organizaciones, ni en los fondos gastados.

Este capítulo compara y contrasta los objetivos, el *modus operandi* y el papel en la configuración de la agenda de la RF y la BMGF. Se propone que

tanto la RF de principios del siglo XX, como la BMGF contemporánea, han moldeado de manera significativa a las instituciones, las ideologías y las prácticas del campo de la salud internacional/mundial, compartiendo la creencia en enfoques estrechos, centrados en la tecnología y el control de la enfermedad. Sin embargo, la RF favoreció la creación de un organismo público y singular de coordinación para la salud mundial (con el tiempo, la Organización Mundial de la Salud; WHO, *World Health Organization*), mientras que los enfoques privatizadores de la BMGF minan el mandato constitucional de la WHO para promover la salud como un derecho humano fundamental. De hecho, el abordaje filantrópico empresarial de la BMGF, al aplicar métodos del campo del capital de riesgo a las donaciones caritativas,⁷ respalda y es emblemático de los modelos de negocios que ahora penetran en el campo de la salud pública mundial. Estas condiciones han dado lugar a una extensa influencia privada, con fines de lucro, sobre las actividades de la salud mundial con límites borrosos entre las esferas pública y privada, lo cual representa una grave amenaza para la gobernanza de la salud mundial democrática y la independencia científica.⁸

La salud internacional Rockefeller en una época de imperialismo

En 1913, mientras que los problemas de salud “tropicales” plagaban los intereses imperiales, el magnate petrolero y filántropo John D. Rockefeller estableció la RF con la meta declarada de “promover el bienestar de la humanidad en todo del mundo.” Sus esfuerzos eran parte de un nuevo movimiento estadounidense: “la filantropía científica.” En su manifiesto de 1889, *The Gospel of Wealth*,⁹ Andrew Carnegie, el magnate del acero que pasó de la pobreza a la riqueza, nacido en Escocia, apeló a los ricos para que canalizaran sus fortunas hacia el bien social, apoyando las inversiones sociales organizadas, en lugar de formas aleatorias de caridad.

Rockefeller siguió este evangelio al hacer donaciones al naciente campo de la salud pública, puliendo su imagen de benefactor social en el proceso. Sus asesores recomendaron comenzar por enfrentar la anemia que provoca la anquilostomiasis: era fácilmente diagnosticada y tratada con medicamentos y se veía como central para el “atraso” económico del sur de los EUA, que impedía la industrialización y el crecimiento económico. Que la anquilostomiasis no fuera una causa de muerte principal o que el tratamiento ocasionalmente provocara fatalidades, parecía inmaterial.

La espléndidamente financiada Comisión Sanitaria Rockefeller para la Erradicación de la Anquilostomiasis (1910-1914) cubrió once estados del sur de los EUA con equipos de médicos, inspectores sanitarios y técnicos de laboratorio que administraron medicamentos para la desparasitación, promovieron el uso de zapatos y letrinas y difundieron materiales sobre salud pública, trabajando por medio de iglesias y grupos agrícolas. Estas actividades atrajeron atención favorable hacia la Fundación, hasta que se difundió un rumor falso que mencionaba que la campaña buscaba vender zapatos, provocando que el nombre de Rockefeller se desvaneciera.¹⁰ Incluso, aunque no “erradicara” la enfermedad, la campaña contra la anquilostomiasis despertó el interés popular en la salud pública y la RF rápidamente creó una Junta Internacional en Salud para ampliar su trabajo.

Las actividades de salud pública de la RF también sirvieron para contrarrestar la publicidad negativa sobre el monopolio petrolero de Rockefeller, la mala prensa aumentó en 1914 cuando cerca de dos docenas de mineros de Ludlow, Colorado, en huelga y sus familias fueron asesinados, propiedad de un productor de carbón controlado por Rockefeller. Los trabajadores, los periodistas investigadores y el público en general de inmediato relacionaron los negocios y los intereses filantrópicos de Rockefeller en cuanto a las donaciones de “magnates ladrones” como intentos

de contraatacar el malestar de la clase trabajadora, el radicalismo político y otras amenazas al gran negocio.¹¹

Entonces, se sugirió a la familia Rockefeller que se dedicara a esferas filantrópicas, como la salud, la medicina y la educación, que se percibían como neutrales e inobjectables; en las siguientes cuatro décadas, la RF dominó la salud internacional. Su personal, dirigido por consejeros y administradores activos (que al principio se superponían con los asesores de negocios), supervisaron una empresa mundial de cooperación en salud a través de oficinas regionales en París, Nueva Delhi, Cali y la Ciudad de México. Cientos de agentes de la RF dirigieron su trabajo de salud pública basado en un país a decenas de países en todo el mundo.¹² En 1951, momento en que se disolvió la División Internacional de Salud (como fue renombrada la Junta Internacional en Salud en 1927), había gastado el equivalente a miles de millones de dólares en las principales campañas de enfermedades tropicales contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria, además de programas más pequeños para combatir la frambesia, la rabia, la influenza, la esquistosomiasis y la desnutrición, en casi 100 países y colonias. La División también dirigió el compromiso nacional hacia sus campañas al obligar al gobierno a cofinanciarlas, comenzando comúnmente con el 20 por ciento de los costos y alcanzando el monto total en unos pocos años. Igualmente, fundó 25 escuelas de salud pública alrededor del mundo y brindó becas a 2,500 profesionales de la salud pública para realizar estudios de posgrado, la mayoría en los EUA.¹³

Pero la RF raramente abordó las causas más importantes de muerte, sobre todo la diarrea infantil y la tuberculosis, para las cuales no estaban entonces disponibles soluciones técnicas y las cuales demandaban inversiones a largo plazo, orientadas socialmente, tales como la mejora de la vivienda, agua potable y sistemas sanitarios. La RF evitó las campañas de enfermedades que pudieran ser costosas, complejas o que consumieran mucho

tiempo (otras, aparte de la fiebre amarilla, que ponía en peligro el comercio). La mayoría de las campañas se construyeron de manera restrictiva para que los objetivos cuantificables (la pulverización de insecticida o la distribución de medicamentos, por ejemplo) pudieran establecerse, alcanzarse y contarse como éxitos, para luego ser presentados en informes trimestrales de tipo empresarial. En el proceso, los esfuerzos en salud pública de la RF estimularon la productividad económica, expandieron el mercado de consumo y prepararon vastas regiones para la inversión extranjera y su incorporación al sistema en expansión del capitalismo mundial.

A la par de sus campañas contra enfermedades, la RF sustentó el marco institucional en desarrollo del campo de la salud internacional. La Organización de la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO; *League of Nation's Health Organisation*), fundada después de la Primera Guerra Mundial, fue modelada parcialmente en la Junta Internacional de Salud de la RF y compartió muchos de sus valores, expertos y conocimiento acerca del control de enfermedades, construcción de instituciones, educación e investigación, aunque la LNHO luchaba por desafiar una comprensión estrecha y medicalizada de la salud. En lugar de ser reemplazada por la LNHO, la RF se volvió su principal mecenas y salvavidas.¹⁴ El abordaje de las condiciones socio políticas que subyacen a la enfermedad fue una racionalidad política importante para la salud pública en el clima del activismo antifascista, laboral y socialista de los años 30. La RF recurrió, escuchó e, incluso financió, ciertas perspectivas políticas progresistas, incluyendo aquellas de los investigadores científicos y expertos en salud pública de reconocida ala izquierda,¹⁵ aunque tal apoyo estuviera siempre subordinado a su modelo técnico y al fortalecimiento del poder capitalista de los Estados Unidos.

Aun así, la RF identificó su contribución internacional más significativa como “ayudar a las organizaciones oficiales de salud pública en el

desarrollo de medidas administrativas adecuadas para los clientes, necesidades, tradiciones y condiciones locales.”¹⁶ Por lo tanto, su más amplio indicador de éxito, auto-definido, era su papel en la generación de apoyo político y popular para la salud pública, la creación de departamentos nacionales de salud pública y el fomento de la institucionalización de la salud internacional (Cuadro 10-1).

Cuadro 10-1:

Principios de la Cooperación en la Salud Internacional de la Fundación Rockefeller¹⁷

1. Establecimiento de la agenda desde arriba: las actividades de la salud internacional están impulsadas por los donantes, con la formulación y supervisión de la agenda de cooperación por el organismo internacional, ya sea directamente en las actividades del país o en la concesión de subvenciones.
2. Incentivos presupuestarios: las actividades son financiadas solamente de manera parcial por organismos donantes; los mecanismos de financiamiento coincidentes requieren que los gobiernos “destinatarios” se comprometan con recursos financieros, humanos y físicos substanciales para el esfuerzo cooperativo.
3. Paradigma tecnobiológico: las actividades están estructuradas en términos del control de enfermedades basado en: a) la comprensión comportamental biológica e individual de la enfermedad y b) herramientas técnicas aplicadas a un amplio espectro de escenarios.
4. Parámetros de éxito a priori: las actividades están vinculadas geográficamente, por medio de límites de tiempo, por enfermedad e intervención y/o de acuerdo con estrategias claras de salida para demostrar eficiencia y asegurar resultados positivos y visibles.
5. Consenso vía profesionales transnacionales: las actividades dependen de profesionales transnacionales-quienes son capacitados en el extranjero (frecuentemente en conjunto con el personal de los organismos donantes) y que participan en redes internacionales-facilitando la traducción local de los esfuerzos cooperativos.

6. Verificación de la realidad sobre el terreno para una implementación exitosa: Adaptación de las actividades a las condiciones locales, según sea necesario.

El estatus filantrópico le confirió independencia de la supervisión pública; la RF rendía cuentas sólo a su junta directiva. Su influencia sobre el establecimiento de la agenda y la construcción de las instituciones fue posible gracias a su presencia a nivel internacional, reforzada por una participación detrás de escena en virtualmente todo tipo de actividad en salud pública y por una persistencia misionera en el establecimiento de prioridades. Sin embargo, respondiendo de manera dinámica a los cambios en los terrenos político, científico, económico, cultural y profesional, las actividades de la RF también involucraron un amplio dar y tomar, marcado por momentos de negociación, cooptación, imposición, rechazo y cooperación productiva. De forma única para la época, operó no sólo como un organismo de financiamiento, sino simultáneamente como un organismo nacional, bilateral, multilateral, internacional y transnacional.¹⁸

El interludio de la Guerra Fría y el surgimiento del neoliberalismo

Después de la creación de la WHO en 1948, la RF retrocedió en su papel de liderazgo en la salud internacional, dejando un legado poderoso, pero problemático: había generado un apoyo político y popular en todo el mundo para la salud pública y había defendido la institucionalización de la salud internacional, pero también se afianzó fuera del establecimiento de la agenda y de un enfoque tecnobiológico. La WHO heredó el personal, compañeros, ideologías, prácticas, actividades y equipo de la RF en la persecución del alto perfil de campañas de erradicación vertical contra la malaria, la viruela, y otras enfermedades.¹⁹

Durante la Guerra Fría, la WHO se unió al escenario de la salud internacional por medio de organismos bilaterales, instituciones financieras

internacionales y otros organismos de las Naciones Unidas (UN; *United Nations*), además de una serie vertiginosa de organizaciones humanitarias y no gubernamentales (NGO; *Non-governmental organizations*). Los bloques estadounidenses y soviéticos emplearon la infraestructura en salud para su rivalidad política e ideológica construyendo hospitales, clínicas y plantas farmacéuticas, patrocinando cientos de becas y participando en campañas contra enfermedades del estilo de la RF.

En los años 70, el enfoque vertical de la WHO comenzó a ser cuestionado. Sus Estados miembro, especialmente los países recientemente descolonizados y no aliados ni con la Unión Soviética ni con los Estados Unidos, buscaron abordar la salud de manera socio política. Halfdan Mahler, Director General de la WHO de 1973 hasta 1988, ejerció un liderazgo visionario en esta reorientación. El movimiento de atención primaria en salud más importante, consagrado en la trascendental Conferencia y Declaración WHO-UNICEF de Alma-Ata, de 1978, y la política de acompañamiento de la WHO “Salud para todos”, pedían que la salud se abordara como un derecho humano fundamental por medio de medidas en salud integrales, sociales y públicas, que reconocieran los contextos económicos, políticos, sociales y culturales de la enfermedad y se enfocaran en la prevención más que en la cura.²⁰ La “Salud para Todos” también era parte de un esfuerzo más amplio de las UN, el Nuevo Orden Económico Internacional (NIEO; *New International Economic Order*), que también exigió a los organismos de las UN que ayudaran a regular las corporaciones transnacionales a través de códigos internacionales vinculantes.

La WHO trataba de escapar al legado de intervenciones estrechas de la RF, sin embargo, quedó atrapada en crisis políticas y financieras. La situación económica a finales de los años 70 y principios de los 80 impidió que muchos países miembros pagaran las cuotas de la WHO. Mientras tanto, la resistencia de los EUA a lo que describió

como una ilegítima “regulación supranacional”, en medio del aumento general de la ideología política neoliberal, amortiguó el apoyo a las instituciones de salud financiadas con fondos públicos. Estas condiciones también contribuyeron a un congelamiento presupuestario en términos de cuotas pagadas por los Estados miembros, que aún permanece en vigor. Además, la administración del Presidente de los EUA, Ronald Reagan, redujo de manera unilateral sus contribuciones a las UN en un 80 por ciento en 1985 y luego retuvo la cuota de miembros de la WHO en 1986 para protestar contra su regulación de los bienes y prácticas comerciales relacionados con la salud,²¹ en particular, los farmacéuticos y los alimentos infantiles.²² A principios de los años 90, menos de la mitad del presupuesto de la WHO provenía de las cuotas de los países miembros, mientras que muchos donadores, ahora incluyendo una variedad de entidades privadas, estipulaban los programas y actividades concretas a las cuales se asignaban los fondos. Hoy en día, casi el 80 por ciento del presupuesto de la WHO procede de donadores que determinan cómo se gastan sus contribuciones.

Después de la Guerra Fría los esfuerzos internacionales en materia de salud estaban justificados sobre la base de la promoción del comercio, la vigilancia de la enfermedad y la seguridad sanitaria.²³ En ese momento, la WHO estaba siendo marginada por el Banco Mundial, armado con un presupuesto en salud mucho más amplio y una campaña para privatizar los sistemas de salud, así como el agua y otros servicios públicos esenciales, basado en un paradigma emergente que estaba forjando “asociaciones” de las UN con actores corporativos. Muchos organismos bilaterales, además de ciertos organismos de las UN, como UNICEF, omitieron por completo a la WHO.²⁴ Con un gasto intergubernamental reducido, retornó lo que ahora se llamaba filantropía de “salud mundial”, coincidiendo y entrelazando su reemergencia con el ascenso del neoliberalismo.

Introducción a la Fundación Gates

Alrededor del año 2000, el gasto general en salud mundial se había estancado. Las opiniones negativas sobre la asistencia para el desarrollo en el extranjero fueron fomentadas por las élites políticas y económicas, así como de los medios de comunicación corporizados. Muchos países de ingreso bajo y mediano (LMIC; *low and middle income countries*) se debatían bajo las numerosas cargas del VIH/SIDA, las enfermedades infecciosas reemergentes y las enfermedades crónicas florecientes, todo agravado por décadas de recortes impuestos por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional a los gastos sociales y los efectos negativos de la liberalización del comercio y la inversión. En este vacío apareció un autoproclamado salvador de la salud mundial, que rápidamente moldeó su agenda en unos pocos años.

La BMGF se estableció en el año 2000 por Bill Gates, fundador y CEO desde hace mucho tiempo de *Microsoft*, la persona más rica del mundo, y su esposa Melinda.²⁵ Al igual que con Rockefeller, la entrada filantrópica de Gates coincidió con una mala prensa. Lanzó el Programa de Vacunación para Niños, precursor de la BMGF, en 1998,²⁶ cuando *Microsoft* estaba atrayendo publicidad negativa sobre cabildeo con la finalidad de recortar el presupuesto del Departamento de Justicia de los EUA, precisamente cuando la empresa estaba sumida en una demanda federal antimonopolio.²⁷ En 1999, Gates otorgó una donación de la fundación por 750,000 dólares para la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (ahora “GAVI, la Alianza de la Vacunación”), una iniciativa anunciada en el Foro Mundial de Economía en Davos. Más tarde, ese mismo año, *Microsoft* enfrentó una demanda colectiva de millones de consumidores de California por abusar de su monopolio de *software*. Las iniciativas financiadas por la BMGF pronto proliferaron, incluso cuando *Microsoft* encaraba cargos más

amplios por anticompetitividad en la Unión Europea. En el año 2002, la BMGF cofundó la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (GAIN; *Global Alliance for Improved Nutrition*) y se convirtió en un financiador importante del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria (ahora llamado Fondo Mundial).

Hoy en día, la BMGF, copresidida por la pareja, junto con Bill Gates padre, es, por mucho, la organización filantrópica más grande que participa en la salud mundial y la fundación caritativa más grande del mundo. La BMGF gasta más dinero en salud mundial que cualquier gobierno, excepto los EUA.²⁸ En el 2015, su donación fue de 39,600 millones de dólares, incluyendo 17,000 millones donados por el mega inversionista de EUA, Warren Buffett, único administrador de la BMGF.²⁹

A lo largo del 2015, la BMGF había donado un total de 36,700 millones de dólares; el gasto anual reciente se encuentra alrededor de los 6 mil millones. Aproximadamente, 1,200 millones de dólares se destinan a “salud mundial” (incluyendo VIH, malaria y tuberculosis) y 2,100 millones a “desarrollo mundial” (incluyendo poliomielitis, vacunación, salud materno-infantil, planeación familiar y desarrollo de la agricultura). El presupuesto de la BMGF para las actividades relacionadas con la salud mundial ha sobrepasado al de la WHO en algunos años recientes. Desde el 2008, la BMGF ha sido el donador privado más grande de la WHO (gran parte de esta donación está destinada a la erradicación de la poliomielitis).

La BMGF declaró que el objetivo de la salud mundial es “el aprovechamiento de los avances en ciencia y tecnología para reducir la inequidad en salud”,³⁰ incorporando tanto el tratamiento (por medio de las herramientas de diagnóstico y el desarrollo de medicinas), como las tecnologías de prevención (tales como las vacunas y microbicidas). Inicialmente, la Fundación, con sede en Seattle, se enfocó en unos cuantos

programas de control de enfermedades, en su mayoría como un organismo de subvención. Ahora, sus esfuerzos alcanzan a más de 100 países. Mantiene oficinas en África, China, India y el Reino Unido, con más de 1,400 empleados.

Haciendo eco de las prácticas de la RF, la BMGF exige una cofinanciación por parte de sus “socios” gubernamentales, diseña programas tecnológicamente orientados para alcanzar resultados positivos a partir de metas estrictamente definidas y enfatiza alcances a corto plazo. Ha desarrollado una capacidad extraordinaria para conducir a otros donadores hacia sus esfuerzos, incluyendo a los organismos bilaterales, que contribuyen de manera colectiva a la salud mundial cada año con diez veces más recursos que la BMGF, pero con considerablemente mucho menos reconocimiento.³¹ La Fundación ha sido ampliamente elogiada por inyectar efectivo y vida al campo de la salud mundial y por alentar a otros participantes.³² Pero, incluso algunos de sus partidarios censuran su falta de responsabilidad y transparencia acerca de lo que son, después de todo, los dólares subvencionados por los contribuyentes, y su poder desproporcionado en el establecimiento de la agenda de salud mundial.³³

El enfoque de la BMGF y sus peligros

Como financiador clave de las iniciativas en salud mundial, colabora con un amplio espectro de organismos públicos, privados e intergubernamentales, así como universidades, corporaciones, grupos de defensa y NGO. Al igual que la RF, destina la gran mayoría de sus fondos a la salud mundial para, o a través de, entidades en países de altos ingresos. A lo largo del 2016, tres cuartas partes del total de fondos otorgados por su Programa de Salud Mundial se ubicaron en sesenta organizaciones, de las cuales el 90 por ciento están localizadas en los Estados Unidos, Reino Unido o Suiza.³⁴

Uno de los principales objetivos de la BMGF de la financiación en salud mundial es la distribución y

desarrollo de vacunas. En el 2010, comprometió 10,000 millones de dólares a lo largo de diez años para la investigación, el desarrollo y la distribución de vacunas. Si bien las vacunas son herramientas importantes y efectivas para la salud pública, la evidencia histórica demuestra que la mortalidad desciende, tanto en los países de altos ingresos, como en algunos de ingresos bajos y medios, desde el siglo XIX, debido en su mayoría a una mejora en las condiciones de vida y de trabajo, incluyendo el acceso a agua potable, sanidad, y atención primaria en salud, en el contexto de las luchas sociales y políticas.³⁵

Su enfoque reduccionista se expresó claramente en el discurso inaugural de Bill Gates, en mayo de 2005, en la quincuagésimo octava Asamblea Mundial de Salud, la reunión anual en la cual los Estados miembros establecen políticas y deciden sobre asuntos clave. Gates invocó la erradicación de la viruela gracias a la vacunación, cuyo costo fue bajo debido a su estatus no patentado, para trazar una agenda de salud mundial: “Algunos... dicen que sólo podemos mejorar la salud cuando eliminamos la pobreza, y eliminar la pobreza es una meta importante, pero el mundo no tuvo que eliminar la pobreza para eliminar la viruela, y no tenemos que eliminar la pobreza antes de reducir la malaria, necesitamos producir y distribuir una vacuna.”³⁶ La solución engañosa tecnológicamente simple de Gates para el complejo problema de la malaria infiere que los enfoques basados en la justicia social pueden ser simplemente ignorados. Del mismo modo, la iniciativa Grandes Desafíos en Salud Mundial, de la BMGF, financia a científicos de casi 40 países para llevar a cabo proyectos de investigación “audaces”, “poco ortodoxos”, siempre y cuando ignoren en gran medida las causas sociales, políticas y económicas subyacentes de la mala salud, incluyendo la acumulación sin precedentes de la riqueza.³⁷

Sin duda, la Fundación también ha apoyado otro tipo de iniciativas, aunque a menor escala. En el 2006, brindó una subvención inicial de 20 millones de dólares a la Asociación Internacional de los

Institutos Nacionales de Salud Pública y un donativo de cinco millones de dólares para la Alianza Mundial del Personal Sanitario de la WHO, la cual buscaba resolver la escasez de personal en salud en los países de ingresos medios y bajos. El financiamiento de la BMGF ha tenido frecuentemente un ímpetu privatizador, recientemente, ha comenzado a financiar la “cobertura universal en salud”, que no es lo mismo que el acceso a la atención universal en salud financiada con fondos públicos,³⁸ por ejemplo, mediante un apoyo de \$2.2 millones al Instituto de Resultados para el Desarrollo, el cual trabaja para “eliminar las barreras que impiden la eficiencia en los mercados mundiales (como la salud).”³⁹

A pesar de las deficiencias de un enfoque centrado en la tecnología, enfermedad por enfermedad, para los problemas de salud pública, éste es el modelo que ahora prevalece, guiado por el papel de la BMGF en los órganos formales que toman las decisiones en salud mundial. Su papel aumentó en el 2007 con la formación del “H8”-WHO, UNICEF, el Fondo Poblacional de las UN (UNFPA), UNAIDS, el Banco Mundial, la BMGF, GAVI y el Fondo Mundial. La mayoría están involucrados con y/o están fuertemente influenciados por la BMGF. El H8, similar al antiguo G8 (compuesto por ocho poderosas naciones que colaboran en las políticas económicas y asuntos de “seguridad”: Estados Unidos, Japón, Alemania, Francia, Reino Unido, Canadá, Italia y Rusia; ahora G7, sin Rusia), sostiene reuniones a puerta cerrada para dar forma a la agenda en salud mundial.⁴⁰

Al igual que la RF en su apogeo, la influencia de la BMGF sobre la agenda de salud mundial se deriva de la magnitud de sus donaciones, su capacidad para movilizar recursos rápidamente y asignar sumas sustanciales a grandes iniciativas, el alto perfil de su patrón y la influencia que obtiene de la extraordinaria gama de organizaciones con las que se asocia. Sin embargo, la respuesta de Bill Gates al brote de ébola de 2014-2015 en el occidente de África hace surgir más preguntas acerca de su

visión. Pidió una autoridad sanitaria mundial supranacional y militarizada, inspirada en la Organización del Tratado del Atlántico Norte, para movilizarse en caso de futuras epidemias, usurpando el mandato coordinador de la WHO, pese a que socava la soberanía nacional y el gobierno democrático.⁴¹

La BMGF y el conflicto de intereses

El conflicto de intereses en la financiación y el personal, impregna a la BMGF. En años recientes ha sido criticada por invertir sus donaciones en las industrias de alimentos y bebidas contaminantes y no saludables, así como en empresas privadas que se benefician de su apoyo particular a las iniciativas de la salud mundial y la agricultura.⁴² Aunque vendió muchas de sus propiedades farmacéuticas en el 2009,⁴³ sus intereses financieros en la *Big Pharma* permanecen a través de las propiedades de Warren Buffet en Berkshire Hathaway, casi la mitad de las inversiones de donación de la BMGF.

Las relaciones excesivamente cercanas entre la BMGF y *Big Pharma* ponen en entredicho su objetivo declarado sobre la reducción de la inequidad en salud, dado que las ganancias excesivas de estas corporaciones impiden el acceso a medicamentos asequibles.⁴⁴ Además, varios altos ejecutivos de la BMGF solían trabajar en compañías farmacéuticas,⁴⁵ por ejemplo, el Dr. Trevor Mundel, presidente del Programa en Salud Mundial de la BMGF, era previamente un ejecutivo principal en Novartis, y su predecesor, el Dr. Tachi Yamada, era un ejecutivo y miembro del Consejo de GlaxoSmithKline. Sin embargo, estos problemas de “puerta giratoria” rara vez se discuten públicamente.⁴⁶

Los defensores de las medicinas vitales a precios accesibles también han planteado preguntas acerca de la postura de la BMGF en materia de la propiedad intelectual (IP; *Intellectual Property*), Gates admite que su fundación “genera ingresos por las patentes de productos

farmacéuticos”.⁴⁷ *Microsoft* ha sido por mucho tiempo un ferviente amigo de los derechos de la IP –lo cual facilita su captura mundial de mercados⁴⁸– y ha asumido un papel de liderazgo en asegurar la aprobación del Acuerdo de la Organización Mundial de Comercio sobre Aspectos relacionados con el Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual (TRIPS; *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights*).⁴⁹ Legalmente, la BMGF y *Microsoft* son entidades separadas (como eran las compañías RF y Rockefeller), pero, las asociaciones, tales como la contratación por parte de la BMGF de un abogado de patentes de *Microsoft* en el 2011 para su Programa de Salud Mundial,⁵⁰ son problemáticas. El gobierno de la India se preocupó tanto por los lazos farmacéuticos de la BMGF y los conflictos de intereses relacionados que, a principios de 2017, cortó todo vínculo financiero entre el órgano consultivo nacional sobre inmunización y la BMGF.⁵¹

Tales conflictos de intereses también se manifiestan en la WHO, debido al papel cada vez más importante de la BMGF como el principal financiador de su presupuesto. El problema de la dependencia de la WHO de los fondos “voluntarios” –su conflicto de intereses institucional más importante– permanece sin abordarse, a pesar de los esfuerzos concertados por las organizaciones de la sociedad civil.⁵² Tomaría tan solo 2,200 millones de dólares –que es sólo la mitad del presupuesto del Hospital Presbiteriano de Nueva York–⁵³ financiar por completo a la WHO por medio de las cuotas de los Estados miembros. En lugar de levantar la congelación de las cuotas de los Estados miembros de la WHO, la reforma más reciente de la WHO produjo el Marco de Compromiso con Actores No Estatales, en el 2016.⁵⁴ Esto, además, legitimó la influencia corporativa y de la BMGF sobre la WHO, específicamente, permite a los actores filantrópicos y corporativos solicitar un estatus de “Relaciones Oficiales”, originalmente destinado para las NGO que compartían las metas específicas articuladas en la constitución de la WHO.

La BMGF, las colaboraciones público-privado, y las iniciativas de múltiples partes interesadas

Entre las principales palancas a través de las cuales ha obtenido influencia sobre el establecimiento de la agenda y la toma de decisiones, se encuentran las “asociaciones público-privado” (PPP; *Public Private Partnerships*), este término genérico cubre una multitud de arreglos, actividades y relaciones. A principios de los años 90, se promovieron como una forma de financiar e implementar iniciativas en salud mundial en línea con las prescripciones neoliberales para la privatización de bienes y servicios públicos. A finales de los años 90, los organismos de las UN habían clasificado un amplio rango de interacciones público-privado como “asociaciones” o “iniciativas de múltiples partes interesadas” (MSI; *Multi-Stakeholder Initiatives*). Ambos conceptos agrupan a todos los participantes, borrando diferencias clave en los papeles y objetivos de aquéllos que luchan por los derechos humanos a la salud y la nutrición y los que, en última instancia, persiguen su propio beneficio.⁵⁵ Muchas de las principales PPP de salud mundial que existen ahora, con presupuestos que van desde unos cuantos millones, a miles de millones –como GAVI, *Stop TB*, *Roll Back Malaria* y GAIN– fueron lanzadas por la BMGF o han recibido financiamiento de ésta.

Estos híbridos público-privados fomentan una relación más estrecha entre una institución pública y las empresas, en lugar de ser independientes y promover un proceso compartido de toma de decisiones entre socios o “partes interesadas”, supuestamente iguales. Tales arreglos han permitido que los intereses empresariales obtengan un papel sin precedentes en la elaboración de políticas en salud mundial, con escrutinio o rendición de cuentas públicos insuficientes,⁵⁶ y son notablemente diferentes de la defensa de la salud pública de la RF, como la responsabilidad del sector público al que las actividades de salud pública deben rendir cuentas.

El papel preponderante de la BMGF en las dos PPP más poderosas –GAVI y el Fondo Mundial, ambos miembros del H8– y su financiamiento de GAIN enfatiza la primacía de la fundación modelando y mejorando la influencia y la orientación empresarial de riesgo de las PPP. GAVI ha sido el modelo de casi todas las PPP de salud mundial, cuando Bill Gates la financió por primera vez, estaba siguiendo el modelo filantrópico de riesgo creado a mediados de los años 90 por *dot.com billionaires*, que abogaba por atraer el pensamiento y la jerga empresarial a la arena pública. Los acuerdos se caracterizan por la participación activa de los empresarios donadores y el personal de las fundaciones en las organizaciones receptoras, así como por la representación del sector de lucro en el consejo,⁵⁷ con presencia corporativa que crea un ambiente intimidante para algunos representantes gubernamentales.⁵⁸

GAVI ha sido criticada por resaltar las nuevas vacunas, en lugar de asegurar que la vacunación efectiva existente en contra de las enfermedades infantiles se lleve a cabo de manera universal. Se ha caracterizado como una disposición de “arriba hacia abajo”, acentuando las soluciones técnicas que prestan poca atención a las necesidades y las condiciones locales,⁵⁹ lo que respalda a las ya enormemente rentables corporaciones farmacéuticas en nombre de “la salvación de las vidas de los niños”.⁶⁰ De hecho, GAVI ha subsidiado compañías, tales como Merck, por productos redituables, como la vacuna del neumococo, mientras que los países elegibles para contar con apoyo de GAVI se espera que con el tiempo se hagan cargo de una proporción cada vez mayor de los costos, perdiendo eventualmente tanto los subsidios directos, como el acceso a vacunas con precios negociados más bajos.⁶¹

Problemas similares rodean al Fondo Mundial, la PPP de salud mundial más grande en términos de dólares; recibió un apoyo de arranque de 100

millones de dólares por parte de la BMGF, que desde entonces le ha otorgado casi 1.6 mil millones, haciendo a un lado a los organismos de las UN, el Fondo Mundial ha desembolsado 33,000 millones de dólares para financiar programas en 140 países a principios de 2017, debilitando aún más en el proceso a la WHO y a cualquier forma de gobernanza democrática en salud mundial. La WHO y UNAIDS no tienen derecho de voto en el consejo, pero el sector privado, actualmente representado por Merck y la BMGF, sí. El Fondo Mundial, como muchas PPP, es conocida por ofrecer “oportunidades de negocio” –contratos lucrativos e influencia sobre la toma de decisiones– como característica principal de su trabajo.

De manera similar, desde que la BMGF y la UNICEF fundaron GAIN, esta PPP ha popularizado el término “desnutrición de micronutrientes” para justificar su principal enfoque en la fortificación y suplementación de alimentos. GAIN argumenta que “en un mundo ideal todos tendríamos acceso a una amplia variedad de alimentos ricos en nutrientes que brinden todas las vitaminas y minerales que necesitamos. Desafortunadamente, para muchas personas, especialmente en los países más pobres, frecuentemente esto no es factible o costeable”.⁶² Este razonamiento ignora los problemas de abastecimiento y distribución de alimentos, la desnutrición severa prevalece en regiones con suelos extremadamente fértiles y con condiciones de crecimiento ventajosas, lo cual produce algunos de los cultivos más nutritivos del mundo, pero éstos son, en su mayoría, para mercados de exportación, dejando a las personas locales de bajos ingresos con precios fuera de acceso a alimentos nutritivos.⁶³

En general, la arquitectura de la salud mundial, salpicada con las PPP y las MSI, fragmenta y desestabiliza el panorama mundial de la salud, socavando la autoridad y la capacidad de la WHO para funcionar y coordinar.⁶⁴ Estos acuerdos permiten que los intereses privados delinear la

agenda de salud pública, otorga legitimidad a la participación de las corporaciones en el dominio público, fusiona objetivos corporativos y públicos y hace surgir múltiples conflictos de intereses, con la mayoría de las PPP canalizando el dinero público al sector privado y no al revés.⁶⁵ De manera reciente, las nuevas instalaciones de salud mundial construidas para albergar las oficinas centrales de las PPP más grandes, a solo unos metros de la WHO, desplazarán física y metafóricamente aún más el nodo de la gobernanza mundial de la salud, lejos de los organismos de las UN.⁶⁶

Otras vías de influencia

En los últimos años, los 3,500 millones de dólares de subvenciones de la BMGF para el trabajo de “política y defensa” no han sido examinados. Estos donativos financian la cobertura extensa de los medios en salud y desarrollo, incluyendo a los programas que han sido apoyados en sucursales que abarcan desde el Sistema de Radiodifusión Pública de los Estados Unidos, hasta el periódico *The Guardian* del Reino Unido.⁶⁷ Esta cobertura se suma a la considerable autopublicidad generada y que han aparecido en innumerables semblanzas a lo largo de los años, su carta anual del 2017, por ejemplo, utilizó evidencia manipulada para promover un giro abiertamente positivo y engañoso sobre sus logros.⁶⁸ En contraste, la RF históricamente subestimó su perfil público, en gran medida porque se enfrentó a un medio de comunicación más vigilante y a un público escéptico acerca de la mezcla de intereses empresariales y filantrópicos y, por lo general, ejerció influencia en los niveles políticos más altos, a puerta cerrada.

La financiación de la filantropía de riesgo de la BMGF influye cada vez más en los movimientos de la sociedad civil,⁶⁹ las universidades y los investigadores,⁷⁰ así como en los programas gubernamentales. Esta influencia conduce a la modificación de mandatos, el enfoque en la investigación científica y aproximaciones

metodológicas, por lo que también extrae análisis más críticos. De hecho, es ampliamente sabido que por medio del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud, que financia, con sede en Seattle: “reclama para sí un papel central de la WHO: diagnosticar los problemas de salud mundiales e identificar las soluciones”.⁷¹ Mientras tanto, los críticos dentro de los organismos de las UN, las organizaciones de la sociedad civil y la academia son silenciados o excluidos, ya que se describen como percepciones anticuadas. Por ejemplo, un Informe de Evaluación financiado por la Fundación sobre la creciente iniciativa en nutrición de múltiples partes interesadas, retrataba a quienes planteaban preocupaciones por los conflictos de intereses como portadores de “fobias” y “sentimientos hostiles” hacia la industria, lo que podría “potencialmente sabotear las perspectivas de los esfuerzos de las múltiples partes interesadas para aumentar la nutrición”.⁷²

Otro ejemplo revelador es un Memorandum de Entendimiento de alto nivel, del 2017, entre la BMGF y el organismo alemán de desarrollo BMZ. Éste compromete a ambas organizaciones a unir fuerzas en el avance de los Objetivos de Desarrollo Sustentable (SDG; *Sustainable Development Goals*), de las UN, para el 2030, por medio de la “revitalización” de los enfoques de “asociación” mundiales. Entre otros efectos, despliega la amplia red de contactos de las dos organizaciones y da lugar a intercambios de personal entre ellas.⁷³ Si éste se vuelve el modelo para futuras relaciones gobierno-fundación cambiará aún más drásticamente la toma de decisiones democráticas y responsables en la esfera de la salud y del desarrollo mundiales.

El regreso del filantropocapitalismo: comparación entre la RF y la BMGF

La generosidad filantrópica y la misión social-empresarial de los multimillonarios del siglo XXI se consideran hoy en día sin paralelo, como si fueran capaces de “salvar al mundo”.⁷⁴ Esto es enfatizado por los ambientes cada vez más acogedores y propicios para la inversión

corporativa y el patrocinio “caritativo” de las principales SDG de las UN, adoptadas en el 2015 con el objetivo declarado de terminar con la pobreza, disminuir la inequidad y promover la salud, el bienestar social y la sustentabilidad ambiental.⁷⁵ Las reivindicaciones de generosidad desinteresada y filantrópica merecen una consideración crítica,⁷⁶ por lo que las comparaciones con el pasado son esclarecedoras.

La filantropía, alrededor de 1900, se derivó de los beneficios y prácticas explotadoras de los principales intereses del petróleo, el acero, las vías ferroviarias y la manufactura. Del mismo modo, las ganancias colosales obtenidas durante los años 90 y 2000 por los inversionistas de los sectores de la tecnología de la información, seguros, bienes raíces, y financieros, así como las industrias ligadas a la minería, el petróleo, y la milicia, se construyeron sobre la base de la creciente inequidad a la cual contribuyeron, asistidos por la masiva, aunque a menudo lícita, evasión fiscal.⁷⁷ En ambas épocas, las ganancias se acumularon gracias a salarios deprimidos y al empeoramiento de las condiciones laborales; las prácticas de comercio e inversión extranjera que obstruían y debilitaban las regulaciones de protección; el derrame financiero ilícito; la externalización y transferencia de los costos sociales y ambientales por hacer negocios con las generaciones públicas y futuras y el apoyo tácito a los regímenes militares para garantizar el acceso a valiosas materias primas y mercancías.⁷⁸

En la víspera del lanzamiento de su fundación, el patrimonio neto de Bill Gates superó al del 40% de la población estadounidense.⁷⁹ La compañía que creó, y en la cual él y la BMGF aún tienen acciones, fue recientemente acusada de hacer un fuerte cabildeo en contra de las reformas que disminuirían la evasión fiscal corporativa.⁸⁰ Gates sigue siendo el más rico de ocho mega millonarios que son tan ricos como la mitad más pobre de la humanidad.⁸¹ Empero, estos hombres son celebrados por su filantropía, en lugar de ser escudriñados por sus prácticas de negocios.

El dogma de que los modelos empresariales pueden resolver los problemas sociales –y son superiores a las políticas y acciones colectivamente deliberadas de redistribución desarrolladas por los gobiernos elegidos– descansa sobre la creencia en que el mercado está mejor preparado para estas tareas, a pesar de una amplia evidencia de lo contrario. Sin embargo, el apoyo de la BMGF a tales modelos e incentivos difiere de los de la RF. Aunque sigue un modelo empresarial y sostiene un sistema capitalista en expansión, la RF pidió explícitamente que la salud pública fuera justamente eso: parte de la esfera pública.

La deducción fiscal de las donaciones filantrópicas es un insulto a la democracia, la idea de que las donaciones caritativas pueden cambiar al mundo es solamente otra variante de la doctrina decididamente antidemocrática que los ricos conocen mejor. Mientras que “los gobiernos solían recaudar miles de millones de los magnates y después decidían democráticamente qué hacer con ello”,⁸² hoy, ceden el orden del día acerca de las prioridades sociales a la clase que ya ejerce un poder económico y político indebido.

Aplaudir y alentar la munificencia de las élites no creará sociedades sustentables y equitativas. Irónicamente, las personas que viven con ingresos modestos son proporcionalmente mucho más generosas que los ricos, frecuentemente, donan más dinero y tiempo a un considerable sacrificio personal, sin recibir un reconocimiento comparable o exenciones fiscales por sus contribuciones.⁸³ Hace un siglo, los millones de personas que se involucraban en las luchas sociales y políticas por sociedades decentes y más justas, eran considerablemente más escépticas de lo que muchas son hoy en día acerca de la gran filantropía y sus efectos en la elaboración de políticas públicas, incluyendo las políticas acerca de la salud pública.

En pocas palabras, se está arraigando un sistema plutocrático de gobernanza en salud con características autoritarias. Los medios de

comunicación críticos se han desvanecido y han facilitado la arremetida del filantropocapitalismo, con el surgimiento de un “consenso” maquinado para afirmar que los problemas mundiales sólo pueden resolverse a través de las “asociaciones” de todos los “interesados.”

En contraste, a lo largo de los años 40, la RF apoyó a un pequeño número de partidarios de la medicina social de ala izquierda, aunque privilegiaba un enfoque medicalizado y reduccionista; sin embargo, la BMGF permanece, en gran medida, impermeable a puntos de vista opuestos. Como la principal organización internacional de salud de su día, la RF tenía un alcance general y era fundamental para establecer la centralidad del campo de la salud pública en los ámbitos del desarrollo económico, la construcción de la nación, la diplomacia, la difusión científica y el amplio orden del capitalismo, al mismo tiempo que institucionalizaba patrones de cooperación sanitaria duraderos, aunque problemáticos. Aunque dependa del sector público para ofrecer muchos de sus programas enfocados en la tecnología,⁸⁴ parece ser ampliamente indiferente a la supervivencia de lo “público” en la salud pública.

“El mundo de un hombre rico: ¿Debe existir?”

Todos estos ejemplos demuestran que el capitalismo supera a la filantropía –o el “amor a la humanidad”, a partir de las antiguas raíces griegas de la palabra– haciendo que el filantropocapitalismo sea, de hecho, una empresa oximorónica. El papel fundamental, incluso nefasto, que ha desempeñado en la salud mundial depende de los recursos gigantescos que le han sido permitidos a través de las ganancias excesivas de proporciones titánicas en medio de asaltos ideológicos implacables sobre los enfoques redistributivos, dentro de un clima geopolítico pro corporativo de capitalismo global dominante, que acaso se esté agrietando actualmente.

En el siglo XXI, puede que aún exista el mundo de un hombre inmensamente rico, pero no tenemos por qué conformarnos con su agenda. El activismo

colectivo para revertir el dominio del filantropocapitalismo sobre la salud mundial es una necesidad urgente. Este esfuerzo debería basarse en, y construirse sobre, la resistencia a la promoción de las UN de las “alianzas entre múltiples partes interesadas” y la reestructuración mundial neoliberal desde los años 90.⁸⁵ Los actores que han contribuido, ya sea inconscientemente, a través de un asentimiento silencioso o incluso con una colaboración activa a la plutocracia mundial de la salud, también comparten la responsabilidad en volver a democratizarla, los gobiernos y los organismos de las UN deben tomar en serio sus mandatos públicos. Los científicos, los académicos, los activistas, los funcionarios, el personal de las organizaciones internacionales, los parlamentarios, los periodistas, los sindicalistas y los pensadores éticos de todas las tendencias, tienen como obligación cuestionar y combatir la influencia filantropocapitalista injustificada; trabajar juntos por una toma de decisiones responsable y democrática: reclamar una agenda en salud mundial basada en la justicia social y no en la acumulación de capital.

Agradecimientos

Esta pieza fue adaptada y actualizada a partir de: Anne-Emanuelle Birn, “Philanthrocapitalism, Past and Present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the Setting(s) of the International/ Global Health Agenda,” *Hypothesis* 12, no. 1 (2014): e8. Estamos agradecidas con Sarah Sexton, Alison Katz, Esperanza Kremmentsova, Mariajosé Aguilera, Jens Martens y Lída Lhotská por su apoyo y sus sugerencias.

Referencias

1 Ron Chernow, *Titan: The Life of John D. Rockefeller, Sr.* (New York: Random House, 1998); William H. Page and John E. Lopatka, *The Microsoft Case: Antitrust, High Technology, and Consumer Welfare* (Chicago: University of Chicago Press, 2009).

- 2 William Wiist, *Philanthropic Foundations and the Public Health Agenda* (New York: Corporations and Health Watch, 2011), <http://corporationsandhealth.org/2011/08/03/philanthropic-foundations-and-the-public-health-agenda/>.
- 3 Josep Lluís Barona, *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy, 1920–1945* (New York: Routledge, 2015).
- 4 Judith Richter, *Public-Private Partnerships and International Health Policy Making: How Can Public Interests Be Safeguarded?* (Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland, Development Policy Information Unit, 2004); Jens Martens and Karolin Seitz, *Philanthropic Power and Development: Who Shapes the Agenda?* (Aachen/Berlin/Bonn/New York: Brot für die Welt/Global Policy Forum/MISEREOR, 2015). https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/Newsletter/newsletter_15_09_25.pdf.
- 5 Matthew Bishop and Michael Green, *Philanthrocapitalism: How Giving Can Save the World* (New York: Bloomsbury Press, 2009). El título original de 2008 del volumen *Philanthrocapitalism, How the Rich Can Save the World*, se cambió a raíz de la crisis financier mundial de 2008 cuando se volvió aparente que los ricos que estaban dañando en lugar de salvar al mundo. Website: <http://philanthrocapitalism.net/about/faq/>
- 6 George Joseph, “Why Philanthropy Actually Hurts Rather Than Helps Some of the World’s Worst Problems,” *In These Times*, December 28, 2015, http://inthesetimes.com/article/18691/Philanthropy_Gates-Foundation_Capitalism.
- 7 David Callahan, *The Givers: Money, Power, and Philanthropy in a New Gilded Age* (New York: Alfred A. Knopf, 2017).
- 8 Esto es magnificado por otros actores, en particular la Iniciativa de Rediseño Mundial del Foro Mundial de Economía (WEF GRI; World Economic Forum’s Global Redesign Initiative), una campaña dirigida por corporaciones que se presentó en 2009 para reestructurar la arquitectura de la toma de decisiones mundial, para que los organismos de las UN se volvieran solamente uno de muchos “accionistas” en la “gobernanza de múltiples partes interesadas.” Ver Judith Richter, “Time to Turn the Tide: WHO’s Engagement with Non-State Actors and the Politics of Stakeholder-Governance and Conflicts of Interest,” *BMJ* 348 (2014): g3351, <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3351>; Flavio Valente, “Nutrition and Food - How Government for and of the People Became Government for and by the TNCs,” *Transnational Institute*, January 19,

- 2016, <https://www.tni.org/en/article/nutrition-and-food-how-government-for-and-of-the-people-became-government-for-and-by-the>.
- 9 Andrew Carnegie, "The Gospel of Wealth," *North American Review* 148 (1889): 653-654. Carnegie later expanded this presentation to a book, published in 1901.
 - 10 John Ettling, *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981).
 - 11 La filantropía también jugó un papel ambiguo en las luchas por la protección social garantizada por el gobierno al promover en su lugar esfuerzos "voluntarios," basados en la caridad. Hasta este día, los sectores privados con fines y sin fines de lucro en los Estados Unidos desempeñan un papel importante en la provisión de servicios sociales, restringiendo el tamaño y el alcance del estado de bienestar de los Estados Unidos y otorgando a intereses privados un control antidemocrático sobre el bienestar social.
 - 12 John Farley, *To Cast Out Disease: A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation, 1913-1951* (New York, NY: Oxford University Press, 2004).
 - 13 Marcos Cueto, *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America* (Bloomington, IN: Indiana University Press, 1994).
 - 14 Iris Borowy, *Coming to Terms with World Health: The League of Nations Health Organisation 1921-1946* (Frankfurt: Peter Lang, 2009).
 - 15 Anne-Emanuelle Birn and Theodore M. Brown, eds., *Comrades in Health: U.S. Health Internationalists Abroad and at Home* (New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2013).
 - 16 League of Nations Health Organisation, "International Health Board of the Rockefeller Foundation," *International Health Yearbook* (Geneva: LNHO, 1927).
 - 17 Adaptado de Anne-Emanuelle Birn, *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico* (Rochester, NY: University of Rochester Press, 2006), p. 270.
 - 18 Birn, *Marriage of Convenience*.
 - 19 Anne-Emanuelle Birn, "Backstage: The Relationship Between the Rockefeller Foundation and the World Health Organization, Part I: 1940s-1960s," *Public Health* 128, no. 2 (2014): 129-40.
 - 20 La RF resurgió en este momento para jugar un papel pequeño, pero instrumental en la promoción de la atención primaria en salud *selectiva* (SPHC-*selective* primary health care), enfatizando enfoques "costo-efectivos" reducidos, tales como la inmunización y la rehidratación oral; éstos se volvieron la plataforma principal de las campañas de la sobrevivencia infantil de la UNICEF durante los años 1980's bajo su director, James Grant, hijo de un hombre eminente de la RF, lo cual creó divisiones amargas y persistentes entre la WHO y la UNICEF.
 - 21 Nitsan Chorev, *The World Health Organization Between North and South* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 2012).
 - 22 Judith Richter, *Holding Corporations Accountable* (London, Zed Books, 2001).
 - 23 Eeva Ollila, "Global Health Priorities – Priorities of the Wealthy?" *Globalisation and Health* 1, no. 6 (2005): 1-5.
 - 24 Debabar Banerji, "A Fundamental Shift in the Approach to International Health by WHO, UNICEF, and the World Bank: Instances of the Practice of 'Intellectual Fascism' and Totalitarianism in Some Asian Countries," *International Journal of Health Services* 29, no. 2 (1999): 227-59.
 - 25 Deborah Hardoon, "An Economy for the 99%," Oxford: Oxfam International, 2017, <https://www.oxfam.org/en/research/economy-99>.
 - 26 Martens and Seitz, *Philanthropic Power and Development*.
 - 27 Page and Lopatka, *The Microsoft Case*.
 - 28 Mark Curtis, "Gated Development - Is the Gates Foundation Always a Force for Good?" (London: Global Justice Now, 2016), <http://www.globaljustice.org.uk/sites/default/files/files/resources/gated-development-global-justice-now.pdf>.
 - 29 En 2006, Buffett prometió US \$ 31.000 millones en acciones a pagar en cuotas.
 - 30 Bill and Melinda Gates Foundation, "Global Health Data Access Principles," April 2011, <https://docs.gatesfoundation.org/Documents/data-access-principles.pdf>.
 - 31 Anne-Emanuelle Birn, Yogan Pillay, and Timothy H. Holtz, *Textbook of Global Health*, 4th edition (New York: Oxford University Press, 2017).
 - 32 Bishop and Green, *Philanthrocapitalism*.

- 33 Linsey McGoey, *No Such Thing as a Free Gift: The Gates Foundation and the Price of Philanthropy* (New York: Verso Books, 2015).
- 34 David McCoy, Gayatri Kumbhavi, Jinesh Patel, and Akish Luintel, "The Bill and Melinda Gates Foundation's Grant-making Program for Global Health," *Lancet* 373, no. 9675 (2009): 1645-1653; Birn, Pillay, and Holtz, *Textbook of Global Health*. Entre 1998 y 2016, por ejemplo, el PATH (Program for Appropriate Technology in Health - Programa para la Tecnología Apropriada en Salud) con sede en Seattle, el PATH para la Solución de Drogas, y el PATH de Soluciones en Vacunación –que juntos son los beneficiarios más amplios de la BMGF- recibieron más de 2, 500 millones de dólares, cerca del 12 por ciento de los apoyos para salud mundial y desarrollo mundial que desembolsó.
- 35 Birn, Pillay, and Holtz, *Textbook of Global Health*.
- 36 Bill Gates, "Prepared Remarks – 2005 World Health Assembly," <http://www.gatesfoundation.org/speeches-commentary/Pages/bill-gates-2005-world-health-assembly.aspx>.
- 37 Anne-Emanuelle Birn, "Gates's Grandest Challenge: Transcending Technology as Public Health Ideology," *Lancet* 366, no. 9484 (2005): 514.
- 38 Anne-Emanuelle Birn, Laura Nervi, and Eduardo Siqueira, "Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond," *Development and Change* 47, no. 4 (2016): 734-59.
- 39 Results for Development, "Our Approach," <http://www.r4d.org/about-us/our-approach>.
- 40 Martens and Seitz, *Philanthropic Power and Development*.
- 41 Jacob Levich, "The Gates Foundation, Ebola, and Global Health Imperialism," *American Journal of Economics and Sociology* 74, no. 4 (2015): 704-42.
- 42 David Stuckler, Sanjay Basu, and Martin McKee, "Global Health Philanthropy and Institutional Relationships: How Should Conflicts of Interest Be Addressed?" *PLoS Medicine* 8, no. 4 (2011): 1-10.
- 43 Jessica Hodgson, "Gates Foundation Sells Off Most Health-Care, Pharmaceutical Holdings," *The Wall Street Journal*, August 14, 2009, <http://online.wsj.com/article/SB125029373754433433.html>.
- 44 William Muraskin, "The Global Alliance for Vaccines and Immunization: Is It a New Model for Effective Public-Private Cooperation in International Public Health?" *American Journal of Public Health* 94, no.11 (2004): 1922-25.
- 45 "Merck Exec to Be Gates Foundation CFO," *Reuters*, March 31, 2010, <http://www.reuters.com/article/idUSN3120892820100331>.
- 46 See McCoy, et al., "The Bill and Melinda Gates Foundation's Grant-making Program for Global Health." Unos pocos periodistas investigadores y sitios en línea sirven como valientes excepciones.
- 47 William New, "Pharma Executive to Head Gates' Global Health Program," *Intellectual Property Watch*, September 14, 2011, <http://www.ip-watch.org/2011/09/14/pharma-executive-to-head-gates-global-health-program/>.
- 48 Page and Lopatka, *The Microsoft Case*.
- 49 Curtis, "Gated Development."
- 50 New, "Pharma Executive to Head Gates' Global Health Program."
- 51 Anubhuti Vishnoi, "Centre Shuts Health Mission Gate on Bill & Melinda Gates Foundation," *The Economic Times*, February 9, 2017.
- 52 Arun Gupta and Lída Lhotska, "A Fox Building a Chicken Coop? – World Health Organization Reform: Health for All, or More Corporate Influence?" APPS (Asia & Pacific Policy Society) Policy Forum, December 5, 2015, <http://www.policyforum.net/a-fox-building-a-chicken-coop/>; Catherine Saez, "WHO Engagement With Outside Actors: Delegates Tight-Lipped, Civil Society Worried," *Intellectual Property Watch*, May 24, 2016, <https://www.ip-watch.org/2016/05/24/who-engagement-with-outside-actors-delegates-tight-lipped-civil-society-worried/>.
- 53 Donald G. McNeil Jr., "The Campaign to Lead the World Health Organization," *New York Times*, April 3, 2017, <https://www.nytimes.com/2017/04/03/health/the-campaign-to-lead-the-world-health-organization.html>.
- 54 World Health Organization, "Framework of Engagement with Non-State Actors," WHO, 2016, Document WHA69.10, http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors/A69_R10-FENSA-en.pdf?ua=1.
- 55 Ann Zammit, "Development at Risk: Rethinking UN-business Partnerships," Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003, <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/%28ht>

- tpPublications%29/43B9651A57149A14C1256E2400317557?OpenDocument; Richter, *Public-Private Partnerships*.
- 56 Marian L Lawson, "Foreign Assistance: Public-Private-Partnerships (PPPs)", (Washington, DC: Congressional Research Service, 2013), <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/R41880.pdf>
 - 57 Judith Richter, "We the Peoples" or "We the Corporations"? *Critical Reflections on UN-Business "Partnerships"* (Geneva: IBFAN/GIFA, 2003), <http://www.ibfan.org/art/538-3.pdf>; Eeva Ollila, *Global-health Related Public-Private Partnerships and the United Nations* (Globalism and Social Policy Programme (GASPP), University of Sheffield, 2003), <http://www.aaci-india.org/Resources/GH-Related-Public-Private-Partnerships-and-the-UN.pdf>.
 - 58 Katerini T. Storeng, "The GAVI Alliance and the 'Gates approach' to health system strengthening." *Global Public Health* 9, no. 8 (2014): 865-879.
 - 59 William Muraskin, *Crusade to Immunize the World's Children: The Origins of the Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program and the Birth of the Global Alliance for Vaccines and Immunization*, (Los Angeles, CA: Global Bio Business Books, 2005).
 - 60 Anne-Emanuelle Birn and Joel Lexchin, "Beyond Patents: the GAVI Alliance, AMCs, and Improving Immunization Coverage Through Public Sector Vaccine Production in the Global South," *Human Vaccines* 7, no. 3 (2011): 291-2.
 - 61 Doctors Without Borders, *The Right Shot: Bringing Down Barriers to Affordable and Adapted Vaccines* (New York: MSF Access Campaign, 2015).
 - 62 Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN), "Large Scale Food Fortification," <http://www.gainhealth.org/programs/initiatives/>.
 - 63 Lucy Jarosz, "Growing Inequality: Agricultural Revolutions and the Political Ecology of Rural Development," *International Journal of Agricultural Sustainability* 10, no. 2 (2012): 192-199.
 - 64 Germán Velásquez, "Public-Private Partnerships in Global Health: Putting Business Before Health?," (Geneva: South Centre, 2014), http://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2014/02/RP49_PPPs-and-PDPs-in-Health-rev_EN.pdf.
 - 65 Eeva Ollila, "Restructuring Global Health Policy Making: The Role of Global Public-Private Partnerships," in Maureen Mackintosh and Meri Koivusalo, eds., *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses* (Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan, 2005).
 - 66 Catherine Saez, "Geneva Health Campus: New Home for Global Fund, GAVI, UNITAID by 2018," *Intellectual Property Watch*, February 14, 2017.
 - 67 Catherine Saez, "Geneva Health Campus: New Home for Global Fund, GAVI, UNITAID by 2018," *Intellectual Property Watch*, February 14, 2017.
 - 68 Sandi Doughton and Kristi Helm, "Does Gates Funding of Media Taint Objectivity?" *The Seattle Times*, February 19, 2011.
 - 69 Martin Kirk and Jason Hickel, "Gates Foundation's Rose-Colored World View Not Supported by Evidence," *Humanosphere*, March 20, 2017.
 - 69 Shack/Slum Dwellers International, "Partners," <http://knowyourcity.info/partners/>.
 - 70 Callahan, *The Givers*.
 - 71 McNeil, "The Campaign to Lead the World Health Organization."
 - 72 Judith Richter, "Conflicts of Interest and Global Health and Nutrition Governance: The Illusion of Robust Principles," *BMJ* 349 (2014): g5457, <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g5457/rr>.
 - 73 BMZ & the Bill and Melinda Gates Foundation, "Memorandum of Understanding between the German Federal Ministry for Economic Cooperation and Development and the Bill & Melinda Gates Foundation," Berlin: BMZ; Seattle: BMGF, http://www.bmz.de/de/zentrales_downloadarchiv/Presse/1702145_BMZ_Memorandum.pdf.
 - 74 Bishop and Green, *Philanthrocapitalism*.
 - 75 UN Division for Sustainable Development, "Sustainable Development Goals," 2016, <https://sustainabledevelopment.un.org>.
 - 76 McGoey, *No Such Thing*.
 - 77 Linda McQuaig and Neil Brooks, *The Trouble with Billionaires* (London: Oneworld Publications, 2013).
 - 78 William I. Robinson, *Global Capitalism and the Crisis of Humanity* (New York: Cambridge University Press, 2014).
 - 79 Russell Mokhiber and Robert Weissman, *Corporate Predators: The Hunt for Mega-Profits and the Attack on Democracy* (Monroe, ME: Common Courage Press, 1999).
 - 80 Curtis, "Gated Development."
 - 81 Hardoon, "An Economy for the 99%."
 - 82 Robert Reich cited in Peter Wilby, "It's Better to Give than Receive," *New Statesman*, March 19,

2008,

<http://www.newstatesman.com/society/2008/03/philanthropists-money>.

83 Alex Daniels and Anu Narayanswamy, "The Income-Inequality Divide Hits Generosity," *Chronicle of Philanthropy*, October 5, 2014, www.philanthropy.com/article/The-Income-Inequality-Divide/152551.

84 David McCoy and Linsey McGoe, "Global Health and the Gates Foundation – in Perspective," in Owain D. Williams, Simon Rushton, eds., *Health Partnerships and Private Foundations: New Frontiers in Health and Health*

Governance (Houndmills, Basingstoke, Hampshire, UK: Palgrave, 2011).

85 Kenny Bruno and Joshua Karliner, "Tangled Up In Blue: Corporate Partnerships at the United Nations," San Francisco, Transnational Resource & Action Centre, 2000, <http://www.corpwatch.org/article.php?id=996>;

Richter, "We the Peoples"; Judith Richter, "Building on Quicksand: The Global Compact, Democratic Governance and Nestlé," Geneva, IBFAN/GIFA, CETIM, Berne Declaration, 2004, <http://www.cetim.ch/product/building-on-quicksand-the-global-compact-democratic-governance-and-nestle/>.

Recibido: 25 de noviembre de 2016.

Aceptado: 12 de diciembre de 2016.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos