

# ¿A quién benefician los programas de salud dirigidos a los más pobres? Éxitos y fracasos.

## Informe SESPAS 2008

Eduardo Espinoza Fiallos<sup>a</sup> / M. Teresa Ruiz Cantero<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Maestría de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador, San Salvador, El Salvador; <sup>b</sup>Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Alicante, España.

(Who benefits from health programs aimed at the poorest? Successes and failures)

### Resumen

Los programas de cooperación internacional en salud dirigidos a los más pobres tienen un indudable papel constructivo al aliviar el sufrimiento humano agudo, pero resultan contraproducentes y hasta lesivos si oscurecen la necesidad de eliminar las inequidades sociales, que son la causa primaria de las inequidades en salud.

El objetivo de este artículo es revisar la efectividad de dos programas estatales que recibieron ayuda de la cooperación, el primero en mejorar la seguridad alimentaria de los hogares rurales y los grupos vulnerables urbanos en Colombia (1996-2005), y el segundo en desarrollar un sistema local de salud en la zona Norte de San Salvador, El Salvador (1992-1997).

La cooperación internacional apoya programas asistenciales exitosos, como los de complementación alimentaria, que podrían generar dependencias a los beneficiarios. Además, factores externos a la cooperación (contexto de intereses políticos-económicos) influyen en los programas que apoyan, y pueden generar conflictos sociales. Es el caso del apoyo a programas de los más pobres para la promoción de su salud en El Salvador, o de mejora de las condiciones de acceso a los alimentos mediante la producción para el autoconsumo en zonas rurales de Colombia, pues benefician la producción agraria exportable, propiedad de los más ricos, pero no al pequeño agricultor.

**Palabras clave:** Cooperación al desarrollo. Seguridad alimentaria. Sistema local de salud. Población vulnerable.

### Abstract

International aid health programs directed at the poorest play an undoubtedly constructive role in relieving acute human suffering. These programs may, however, be counterproductive and even harmful if they obscure the need to eliminate social inequities, which are the primary cause of health inequities.

The present article reviews the effectiveness of two state programs that received support from international aid to (a) improve food security in rural households and vulnerable urban groups in Colombia (1996-2005) and (b) develop a local health system in the northern area of San Salvador, El Salvador (1992-1997).

International aid supports successful healthcare programs, such as food programs, could generate dependency in its beneficiaries. Factors extrinsic to cooperation (political and economic factors of the context) may affect the programs and generate social conflicts. This is the case of the program to improve access to food by subsistence production in rural areas of Colombia, which failed to reach the small farmers and benefited agricultural export production owned by wealthier groups, or interventions designed to improve health among the poorest in El Salvador.

**Key words:** International aid. Food security. Local health system. Vulnerable population.

### Ideas clave

- La efectividad no se ha considerado en las evaluaciones de los programas de cooperación internacional.
- Los habituales programas asistenciales de cooperación con los países más pobres son eficaces en el

alivio del sufrimiento humano agudo, pero suelen generar dependencias a sus beneficiarios.

- La población más empobrecida, diana de los programas de cooperación internacional, no siempre es la beneficiaria de las ayudas internacionales.
- La efectividad de las intervenciones de los programas de cooperación con los países muy pobres está influida por los conflictos de intereses sociopolíticos y económicos, tanto de nivel internacional como local.

*Correspondencia:* M. Teresa Ruiz Cantero.  
Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante.  
Correo electrónico: cantero@ua.es

## Introducción

Las opiniones de las regiones más pobres sobre la cooperación están divididas. Las voces críticas resaltan lo absurdo de la ayuda si se acompaña de un trato condescendiente y estereotipado, y solicitan que no se apoyen formas paralelas de dominación, como dictaduras o intimidación económica. En cambio, algunos sectores en el poder firman entusiasmados cualquier compromiso que mantenga abierto el flujo de fondos de la cooperación. Estos fondos, incluidos los destinados al sector salud, se suelen canalizar mediante programas dirigidos a grupos específicos, como los pobres, que si bien logran en forma inmediata mejorar algunos indicadores, por su claro carácter asistencial, pueden profundizar la dependencia y enmascarar la raíz de los problemas al desviar la atención de los determinantes de salud (las causas de las causas)<sup>1</sup>, y debilitar, a la larga, los sistemas nacionales<sup>2,3</sup>.

Para analizar programas de naturaleza compleja, como los de salud, es preciso considerar el contexto histórico en que se conciben y ejecutan<sup>4,5</sup>. Desde los años cincuenta se ha transitado desde concepciones que adjudicaban a las condiciones sociopolíticas un papel relevante sobre la salud, a las basadas en avances tecnológicos para controlar problemas de salud, pero relegando el contexto social. Esta oscilación tomó visos de confrontación en Alma Ata, donde en 1978 se reivindicó la necesidad de fortalecer la equidad, asignar recursos suficientes y adecuados, fortalecer la organización y participación comunitarias y las acciones intersectoriales. Pero, casi tan rápidamente como fue planteada la revolucionaria estrategia de atención primaria en salud, el desarrollo del modelo económico neoliberal y su implementación mediante los Programas de Ajuste Estructural obstaculizaron las acciones orientadas a reducir las condiciones sociales favorecedoras de la profunda y desigual distribución de la riqueza y la salud entre países y dentro de éstos<sup>6</sup>. Así, tres décadas más tarde, la meta de «Salud Para Todos en el año 2000» parece más lejana que nunca. Incluso los objetivos del milenio han retrocedido y planteado metas no de «Salud para Todos» sino de «Salud sólo para la mitad».

Desde mediados de los noventa, y tras un tiempo de apoyo público y económico a los programas de cooperación, se cuestiona su efectividad. Es posible que en parte se deba a que desde entonces se ha primado la instauración de mecanismos de gestión y entrega poco apropiados (ver Jané y Figuerola en este volumen). Pero también a que los apoyos de la cooperación a los sistemas públicos nacionales corren en paralelo con la desaceleración del progreso en casi todos los indicadores de salud<sup>1,2,4,6</sup>. Por ello, se sugiere que la cooperación internacional sea sólo un suplemento a

los recursos nacionales en el contexto de una política que ayude al uso eficiente y equitativo de los recursos disponibles<sup>7</sup>.

Respecto de su efectividad, hay pocos trabajos publicados, pues no suele ser objeto de las evaluaciones. Considerando los factores sociales, sanitarios, políticos e históricos en un contexto de extrema pobreza en Colombia y El Salvador, el objetivo de este artículo es revisar la efectividad de dos programas estatales que recibieron ayuda de la cooperación, centrados en mejorar la seguridad alimentaria de los hogares rurales y los grupos vulnerables urbanos en Colombia (1996-2005), y desarrollar un sistema local de salud (1992-1997) en la zona norte de San Salvador (El Salvador).

## Pobreza, nutrición y salud: ¿qué apoya la cooperación con los programas de seguridad alimentaria?

La mayoría de los programas que pretenden mejorar la salud de las poblaciones más pobres desempeñan un indudable papel constructivo al aliviar el sufrimiento humano agudo<sup>8</sup>. Poseen la ventaja de centrarse en un segmento claramente definido, generalmente pequeño, que permite hacer el seguimiento de resultados con relativa facilidad (p. ej., los programas de suplementos alimenticios a la Canasta Básica de los más pobres)<sup>9</sup>. Sin embargo, no contribuyen a elevar los niveles de salud de los colectivos más pobres si no se acompañan de estrategias amplias para la reducción de las inequidades de carácter estructural en el contexto social, político y económico del país<sup>10</sup>.

Como factor de contexto internacional, toda la ayuda alimentaria dirigida a un país en vías de desarrollo puede quedar abrumadoramente sepultada por el impacto de los subsidios agrícolas de los países desarrollados a sus productores. Estos subsidios ponen en total desventaja y sin ninguna posibilidad de competencia a los millones de pequeños productores de los países en vías de desarrollo. Además, se retroalimenta con la implantación del modelo neoliberal y la reducción de las inversiones públicas del Estado<sup>11</sup> impulsados por las agencias financieras multilaterales (ver Vargas et al en este volumen). La liberalización del mercado de granos básicos y últimamente los Tratados de Libre Comercio en los países en vías de desarrollo han aniquilado la escasa producción que subsistía, y los han convertido en consumidores de los productos agrícolas subsidiados norteamericanos o europeos, o en recipiente de sus excedentes de producción en forma de «Ayuda Oficial al Desarrollo»<sup>12</sup>. Este problema ha sido documentado para numerosos productos, como la leche en polvo europea o el mercado del azúcar en Mozambique, India y Jamaica, dominado por el *dumping* de

empresas europeas subsidiadas<sup>13</sup>. En El Salvador hubo un incremento de la desnutrición infantil y, por primera vez en décadas, muertes por hambre, como consecuencia del desmantelamiento de las estructuras estatales que regulaban el precio de los granos básicos, de la eliminación de los subsidios a los productores (generalmente campesinos pobres) y de la apertura del mercado a la «libre competencia» con los granos subsidiados norteamericanos<sup>14</sup>.

El contexto de los programas de seguridad alimentaria se caracteriza tanto por problemas de disponibilidad y acceso a los alimentos como por la persistencia de índices altos de desnutrición<sup>10</sup>. Muchos países con estos problemas han suscrito los objetivos de la Conferencia Internacional de Nutrición (1992) —el acceso físico y económico de todas las personas a alimentos suficientes para satisfacer sus necesidades nutricionales para una vida activa y sana— e introducido las estrategias de seguridad alimentaria fijadas en la Cumbre Mundial de Alimentos (1996).

En respuesta a los problemas de seguridad alimentaria, el gobierno colombiano elaboró el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PNAN), que integra acciones multisectoriales en salud, agricultura, educación, comunicación y medio ambiente<sup>15,16</sup>. Para su desarrollo cuenta con el apoyo de la cooperación internacional, a través de la participación de organizaciones no gubernamentales financiadas por organismos internacionales (p. ej., Nutrir, apoyada actualmente por la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional [USAID])<sup>17</sup>. La estrategia de seguridad alimentaria del PNAN consta de dos componentes: programas productivos para hogares rurales y programas asistenciales para grupos vulnerables en zonas urbanas (tabla 1). Su evaluación, desde el punto de vista de los actores principales (población diana, técnicos y planificadores) mostró cierta diversidad en cuanto al conocimiento de los programas por parte de los beneficiarios potenciales y las opiniones sobre el funcionamiento, la coordinación y los beneficios<sup>18-20</sup>. De su análisis se pueden extraer conclusiones sobre qué apoya la cooperación internacional cuando su ayuda se destina a planes institucionales.

#### *Programas productivos de seguridad alimentaria para hogares rurales*

Un elemento que cuestiona el impacto de estos programas productivos es el hecho de ser menos conocidos por la población diana que los programas asistenciales de complementación alimentaria. Este resultado podría relacionarse con una insuficiente atención prestada por las instituciones gubernamentales, como refleja su exclusión en la evaluación del PNAN 1996-2005<sup>21</sup>.

Destaca el desacuerdo entre los usuarios, que valoraron positivamente el funcionamiento y los beneficios en la producción de alimentos, los planificadores, que no observaban beneficios, y los técnicos, que identificaban beneficios limitados. No obstante, los pequeños agricultores (población diana) percibían que los programas habían favorecido a otros agricultores, en lugar de a ellos<sup>18-20</sup>. La ausencia de desarrollo de los programas de cultivos transitorios de los pequeños agricultores para aumentar sus ingresos estuvo influida por la presión internacional del mercado, que favoreció el apoyo político y financiero del gobierno a los grandes exportadores de productos permanentes (banana y caña de azúcar)<sup>18-20,22</sup>. Unos resultados similares obtenidos en otros contextos sugieren que estos programas se pusieron en marcha sin que los países estuvieran adecuadamente preparados respecto al desarrollo tecnológico básico competitivo<sup>5</sup>. No obstante, ciertas experiencias con programas productivos estatales ponen de manifiesto una mejora de la producción de alimentos para estas familias y en su educación nutricional, aunque no en su estado nutricional y de salud<sup>23,24</sup>. Por último, también las dificultades de coordinación interdisciplinaria e intersectorial (economía agraria y política social) incidieron de forma negativa en el desarrollo de las estrategias del PNAN<sup>18,25,26</sup>.

#### *Programas asistenciales de seguridad alimentaria para grupos vulnerables*

Al contrario que los programas productivos, la población diana conoce bien los de complementación ali-

**Tabla 1. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005 de Colombia<sup>16</sup>**

**Objetivo.** Mejorar el acceso físico y económico de todas las personas para que tengan en todo momento suficientes alimentos inocuos y nutritivos, que satisfagan sus necesidades nutricionales con el fin de conseguir una vida activa y sana

#### **Estrategia de Seguridad Alimentaria del PNAN**

- I. *En hogares rurales.* Mejora de las condiciones de acceso a los alimentos a las personas más pobres, mediante la producción para el autoconsumo en zonas rurales

Programas a desarrollar: Comercialización social de alimentos, Mercaplazas, Despensas y Lanchas tienda, Desarrollo empresarial campesino y Capacitación y transferencia de tecnología

- II. *En grupos vulnerables.* Protección y mejora de su estado nutricional mediante complementación alimentaria

Programas a desarrollar: Hogares comunitarios, Hogares infantiles, Bono alimento rural, Atención complementaria al escolar, Recuperación nutricional ambulatoria y hospitalaria, Intervención nutricional materno-infantil, Atención al anciano y familia indígena y Jardines Comunitarios

PNAN: Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.

mentaria y valora su funcionamiento como excelente, especialmente los programas comunitarios. Quizás se deba a que participaron en su ejecución y evaluación, ya que la participación de la comunidad en los procesos de planificación, vigilancia y evaluación de los programas, y no sólo como beneficiaria, se considera una estrategia de éxito<sup>27-30</sup>.

Un caso ejemplarizante de la influencia del desacuerdo entre los actores de los programas, y de la importancia de la opinión de los planificadores se observó en el programa de atención a los ancianos, clausurado en 1998, pese a que los usuarios valoraban su funcionamiento como excelente. Este cierre probablemente se asocia con la valoración de los planificadores de su funcionamiento y cobertura, entendida como mínima o incluso que cubría a estratos sociales de mayor nivel socioeconómico a los que no iba dirigido el programa. Esta experiencia es relevante porque además de mostrar la confrontación de valores entre usuarios y profesionales, es una llamada de atención a la necesidad de trabajar para alcanzar objetivos con respecto a la población diana seleccionada, en este caso la población muy pobre anciana. Esto mismo sucedió con el programa de desnutrición infantil, cuya continuidad peligraba por las mismas razones, pues aunque el complemento alimentario es una de las estrategias más utilizadas para prevenir o tratar la desnutrición, beneficios con los que están de acuerdo los usuarios, los planificadores y técnicos percibían un beneficio limitado. El apoyo documental a ambas perspectivas, tanto en sus aspectos positivos como en el escaso impacto en la mejoría del estado nutricional de la población infantil vulnerable, aún hace más difícil la toma de decisiones<sup>29-31</sup>.

#### *Interacción de programas productivos y reproductivos de seguridad alimentaria*

Los profesionales consideraron que la ausencia de coordinación entre los programas productivos y asistenciales para el acceso a los alimentos era un gran problema<sup>18-20</sup>. Paradójicamente, y a diferencia de los programas productivos de hogares rurales en que todos los informantes perciben pocos beneficios ligados a la creación de empresas (uno de sus objetivos principales), los usuarios de los programas de complementación alimentaria (sin objetivos productivos) apreciaban el apoyo a la creación de empresas, las mayores oportunidades de trabajo y el aumento del ingreso familiar. Más aún, por iniciativa de la población diana se inició un programa de creación de microempresas para mujeres que eran cabeza de familia (productivo) no incluido inicialmente en el diseño de la estrategia asistencial del PNAN, y con él, la obtención de beneficios empresariales. La creación de este programa es un ejemplo de la factibilidad de interrelacionar programas asistenciales y productivos<sup>16,21,22</sup>.

A diferencia de los programas originados en los países desarrollados o en instituciones internacionales, el apoyo a un plan gubernamental de un país en vías de desarrollo, como es el caso del PNAN, favorece la sostenibilidad, uno de los componentes de efectividad, al estar institucionalizado. No obstante, su mantenimiento no está absolutamente garantizado, ya que se pueden ver afectados tanto por las evaluaciones como por los cambios políticos. Así, con el cambio de gobierno en 1998 hubo que negociar la continuidad de algunos de los programas de las estrategias de seguridad alimentaria, al desaparecer parte de los cargos responsables con los que se acordó la ayuda internacional.

#### **Dificultades de la cooperación internacional en el apoyo a los sistemas locales de salud**

Al final de dos décadas de guerra civil en El Salvador y después de los Acuerdos de Paz (1992) entre las partes beligerantes, en aquel ambiente democrático y concertador se desarrollaron diversos proyectos; entre ellos y por iniciativa del Ministerio de Salud, un Sistema Local de Salud (SILOS, 1992-1997) de enfoque universalista<sup>9</sup>, en la densamente poblada zona norte de San Salvador (300.000 habitantes/468 km<sup>2</sup> agrupados en 287 comunidades, un 50% de ellas tipificadas de alto riesgo)<sup>32-34</sup>. Esta experiencia fue apoyada técnicamente por la OPS y financiada por la Cooperación holandesa (DGIS).

Un estudio de casos de esta experiencia, financiado por la Unión Europea, ofrece algunas claves sobre la cooperación internacional<sup>33,34</sup>. El SILOS pretendía elevar el nivel de salud de las comunidades, mediante la integración de políticas de salud y desarrollo, y provisión de servicios de atención sanitaria y social. El enfoque participativo asumido contrastaba con el del Ministerio de Salud en el resto del país que no consideraba a la Comunidad «capaz» de participar en el diseño de políticas públicas, establecimiento de prioridades, auditorías y control financiero de las acciones. Se utilizaron tres estrategias básicas: *a)* organización y participación comunitaria; *b)* acciones intersectoriales, y *c)* búsqueda de la equidad (tabla 2). Para facilitar la participación se organizaron diversos grupos comunitarios –clubes nutricionales, grupos de apoyo a jóvenes para la prevención y asistencia de enfermedades de transmisión sexual, grupos de detección de violencia intrafamiliar– y se apoyaron asambleas comunitarias, con capacitaciones a promotores, parteras y líderes comunitarios. Respecto a las acciones intersectoriales, se realizaron tareas de concertación entre diferentes actores, como los propios Ministerios de Salud y Educación, otras instituciones locales y no gubernamentales y la Iglesia. Con relación a la estrategia de equidad, los programas y ac-

tividades se orientaron a facilitar el mayor acceso a la atención a la salud de los grupos sociales identificados como postergados.

Se generaron las condiciones para el acercamiento de los gobiernos locales a las comunidades, dándoles la oportunidad de plantear de primera mano sus necesidades, y trabajar con sus gobernantes en la búsqueda y ejecución de soluciones. El trabajo permitió demostrar la factibilidad de la participación y concertación entre múltiples actores para un abordaje integral e intersectorial de la realidad que permitía un esfuerzo compartido sin precedentes y con recursos de todo tipo. La comunidad y el gobierno local tomaron conciencia de sus mutuas limitaciones. En un país como El Salvador socialmente polarizado, que emergía de un prolongado conflicto y en el que hasta hacía muy poco tiempo la organización comunitaria en el campo estaba prohibida constitucionalmente, éste era un proceso inédito que hizo confluir no sólo a los actores locales sino también al gobierno central.

Como resultado del proceso, por un lado, se produjo un ambiente más saludable. En concreto, una mejora en el saneamiento básico y la prevención de en-

fermedades transmisibles (inmunizaciones, campañas contra el cólera, educación sexual), el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria (construcción de unidades de salud y dispensarios comunitarios), la promoción de la salud en grupos materno-infantiles, jóvenes y ancianos, y una mayor asistencia prenatal y atención a partos. Por otro lado, se mejoró la capacidad organizativa y de concertar alianzas, de «empoderamiento» y apropiación local de la atención primaria de salud, de optimización de recursos y, sobre todo, de identificación y acción sobre los determinantes de la salud. En definitiva, la experiencia demostró que, al menos en el ámbito local, ambos procesos –el de gobierno democrático y el de construcción social de la salud– se retroalimentaban y fortalecían mutuamente, estimulando vínculos, creando formas de control social que favorecían la transparencia y limitaban los espacios para la corrupción, acercando y haciendo entenderse a gobernantes y gobernados y optimizando recursos.

Pese a los resultados alcanzados, la experiencia del SILOS fracasó, en gran medida por su enfrentamiento con los factores contextuales<sup>35,36</sup>:

– Nacionales. A finales de 1995 el gobierno central retiró su apoyo financiero y prohibió la participación de las instancias locales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la iniciativa.

– Internacionales. Las políticas de estabilización y ajuste estructural que presionaban por limitar la inversión social y una reforma de salud orientada desde el Banco Mundial hacia un modelo de atención centrado en los establecimientos de salud (ver Vargas et al en este volumen).

La suspensión del apoyo gubernamental generó un profundo conflicto con la OPS y el gobierno holandés que aportaba fondos para la iniciativa. En especial, porque este último, mediante una evaluación demostró la adecuada gestión y el valioso aporte para la descentralización y participación comunitaria en la construcción de su propia salud. No obstante, ambos cedieron a la presión gubernamental y abandonaron su apoyo al SILOS. Los actores locales intentaron dar continuidad al esfuerzo, pero en 1997 desapareció definitivamente dando paso a un modelo en línea con la política del Banco Mundial.

**Tabla 2. El Sistema Local de Salud (1992-1997) en la zona norte de San Salvador, El Salvador**

*Objetivo.* Incrementar los niveles de salud mediante la mejora de los indicadores de morbilidad y mortalidad, la generación de entornos más saludables y el control de las decisiones en función de las necesidades de la población

*Estrategia I. Organización y participación comunitaria*

1. Crear instancias participativas mediante directivas comunales y comités: locales de salud, municipales de desarrollo, intersectoriales locales, finanzas, seguimiento y supervisión, expertos técnicos y comité conductor del SILOS
2. Fortalecer mecanismos y capacidades de participación: cursos, talleres de planificación, identificación de necesidades y grupos en riesgo, generación de propuestas y aplicación a los procesos de toma de decisiones

*Estrategia II. Intersectorialidad*

Trabajar de forma integrada por parte de todos los actores locales para optimizar recursos y mejorar la salud: 102 comunidades locales, Ministerios de Salud y Educación, Seguridad Social, instituciones proveedoras de agua, telecomunicaciones y electricidad, iglesias, ONG de salud, mujeres y lisiados de guerra, movimiento social, consejos municipales y gobiernos locales

*Estrategia III. Búsqueda de la equidad entre las comunidades*

1. Identificar grupos postergados e inequidades locales mediante un estudio basal participativo por municipio
2. Enfrentar las necesidades identificadas y los determinantes sociales de la salud mediante una planificación participativa: acciones encaminadas a los ancianos, niños, mujeres embarazadas, jóvenes proclives a la violencia, lisiados de guerra, infraestructura sanitaria, violencia intrafamiliar, protección del medio ambiente, desarrollo de servicios básicos (letrización, agua segura, disposición de basuras, electricidad, mejora de caminos vecinales), educación en salud a las comunidades

## Conclusiones y recomendaciones

La evaluación de la efectividad no suele considerarse en los programas de cooperación, pero los efectos adversos se valoran mediante estudios complementarios. En concreto:

1. Los programas de cooperación para la salud pueden resultar contraproducentes y hasta lesivos si oscurecen la necesidad de eliminar las inequidades sociales, que son la causa primaria de las inequidades en salud. Así, las intervenciones concentradas en los grupos de mayor fragilidad social pueden obtener el efecto no deseado y profundamente antiético de legitimar la pobreza haciéndola más tolerable para los individuos y la sociedad.

2. En la evaluación de los programas de carácter asistencial, como los de seguridad alimentaria para grupos vulnerables, se pueden producir importantes contradicciones entre los diferentes grupos de agentes involucrados. El predominio de la valoración negativa de los planificadores y técnicos, por no alcanzar la cobertura, puede llevar al cierre de un programa valorado positivamente por sus beneficiarios. Por ello, antes de desarrollar un programa de carácter asistencial, es preciso trabajar en los modos de cumplir con los objetivos propuestos, para no generar expectativas inalcanzables en la población muy pobre.

3. El apoyo político y financiero del gobierno a los productos agrarios exportables y la presión internacional del mercado obstaculizó el desarrollo de los programas de cultivos transitorios de los pequeños agricultores, que fueron empujados a niveles de pobreza cada vez más precarios, con la consiguiente carga de insalubridad y muerte. En la planificación y el desarrollo de programas productivos para los más pobres, como los pequeños agricultores, la cooperación debe tener en cuenta las barreras creadas por los gobiernos de los países receptores y también donantes.

4. Los países muy pobres desde el punto de vista económico, a menudo son pobres en democracia y en transparencia de los procesos de desarrollo de las políticas y sus inversiones presupuestarias. El fracaso y los conflictos de los programas de desarrollo dirigidos a los determinantes estructurales de la salud, como el «empoderamiento» y la participación comunitaria en la planificación y vigilancia de la toma de decisiones políticas, se relacionan con las resistencia de las instituciones de gobierno a dar cuentas a las comunidades que las solicitan, y en consecuencia retiran el apoyo a estos programas o incluso prohíben actividades para el logro de sus objetivos.

5. Los países donantes deberían ser más vigilantes y apoyar componentes asistenciales solamente para los programas que enfrentan claramente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud.

#### Bibliografía

- Martínez A. Visión global de la cooperación para el desarrollo. La experiencia internacional y el caso español. Barcelona: Icaria; 1996.
- Sogge D. Compasión y cálculo. Un análisis crítico de la cooperación no gubernamental al desarrollo. Barcelona: Icaria; 1998.
- Savefod WD. Transparency and corruption in the health sector: a conceptual framework and ideas for action in the Latin American and the Caribbean. Health technical note 03/2007. Washington: Inter-American Development Bank; 2007.
- OPS. Salud internacional. Un debate Norte-Sur. Serie de Desarrollo de recursos humanos n.º 95. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- McKee M, Garner P, Stott R. International co-operation in health. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Centro Nuevo Modelo de Desarrollo. Norte-Sur La fábrica de la pobreza. Madrid: Popular; 1997.
- Intermón Oxfam. 50 años de solidaridad, 50 años de desarrollo. 2006-2007. Septiembre 2007. Disponible en: [http://www.intermonoxfam.org/UnidadesInformacion/anejos/7803/061009\\_50pobreza.pdf](http://www.intermonoxfam.org/UnidadesInformacion/anejos/7803/061009_50pobreza.pdf)
- Macfarlane S, Racelis M, Mulimusi F. Public Health in developing countries. Lancet. 2000;356:841-6.
- Mkandawire T. Targeting and universalism in poverty reduction. Social policy and Development Programme paper n.º 23. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 2005. Septiembre 2007. Disponible en: [http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpPublications\)/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EAA?OpenDocument&language=es](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpPublications)/955FB8A594EEA0B0C12570FF00493EAA?OpenDocument&language=es)
- Skoet J, Stamoulis K. El estado de inseguridad en el mundo 2006. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Italia, 2006. Septiembre 2007. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/009/a0750s/a0750s00.htm>
- Franco A, Gil D, Álvarez-Dardet C. Tamaños del estado (gasto público) y salud en el mundo, 1990-2000. Gac Sanit. 2005; 19:186-92.
- Gómez C. El comercio de la ayuda al desarrollo. Historia y evaluación de los créditos FAD. Getafe: Consejo local para la cooperación y la solidaridad; 1996.
- Oxfam briefing paper 31. Stop the dumping. How EU agricultural subsidies are damaging livelihoods in the developing world. Septiembre 2007. Disponible en: <http://www.globalpolicy.org/soecon/trade/subsidies/2002/10stopdumping.pdf>
- Espinoza E. Love pounds, tons of inequities. J Epidemiol Community Health. 2006;60:101.
- WHO/FAO. World declaration and plan of action for nutrition. FAO/WHO International Conference on Nutrition. Roma: Food and Agriculture Organisation; 1992.
- Ministerio de Salud, Departamento Nacional de Planeación (DNP). Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005. Bogotá: DNP, Documento Conpes 2847; 1996.
- Organización Internacional para las Migraciones. Misión Colombia. La Fundación Nutrir recibe financiación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) a través de la OIM (misión Colombia). Disponible en: <http://www.oim.org.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=89>
- Ortiz R, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT, Gascón E. Identificación de barreras a las políticas de nutrición y alimentación en Colombia: estudio por el método Delfos. Rev Panam Salud Pública. 2003;14:186-91.
- Ortiz-Moncada R, Ruiz Cantero MT, Álvarez-Dardet C, Matos R. Valoración de informadores clave sobre el plan de acción de las políticas de seguridad alimentaria en Colombia. Arch Latinoam Nutr. 2005;55:323-31.
- Ortiz-Moncada R, Ruiz-Cantero MT, Álvarez-Dardet C. Análisis de la Política de nutrición en Colombia. Rev Salud Pública (Bogotá). 2006;8:1-13.

21. Comité Nacional de Seguridad Alimentaria. Plan Nacional de Alimentación y Nutrición. Informe de evaluación 1996-2002. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; 2003. Septiembre 2007. Disponible en: <http://www.bienestarfamiliar.gov.co/espanol/default.asp>
22. Stiglitz JE. El rumbo de las reformas. Hacia una nueva agenda para América Latina. Rev CEPAL. 2003;80.
23. Berti PR, Krasevec J, FitzGerald S. A review of the effectiveness of agriculture interventions in improving nutrition outcomes. Public Health Nutr. 2004;7:599-609.
24. Alderman H, Hentschel J, Sabates R. With the help of one's neighbors: externalities in the production of nutrition in Peru. Soc Sci Med. 2003;56:2019-31.
25. Mannan MA. An evaluation of the national food and nutrition policy of Bangladesh. Food Nutr Bull. 2003;24:183-92.
26. Kjaernes U. Experiences with the Norwegian nutrition policy. Appetite. 2003;41:251-7.
27. McCullum C, Pelletier D, Barr D, Wilking J. Use of a participatory planning process as a way to build community food security. J Am Diet Assoc. 2002;102:962-7.
28. Oltersdorf U. Impact of nutrition behaviour research on nutrition programmes and nutrition policy. Appetite. 2003;41:239-44.
29. Hillis SD, Weigle K, Miranda CM, McCann M, Bender D, Stewart P. Supplementary feeding in Colombian child-care centres and growth velocity. Pediatrics. 1994;94 Suppl 6:1066-9.
30. Baptista Bueno M, Marchioni DML, Fisberg RM. Changes in the nutritional status of children in public day care facilities in the municipality of São Paulo, Brazil. Rev Panam Salud Pública. 2003;14:165-70.
31. De Caballero E, Sinisterra O, Lagrutta F, Atalah ES. Evaluación del impacto nutricional del programa de alimentación complementaria de Panamá en niños menores de 5 años. Arch Latinoam Nutr. 2004;54:66-71.
32. Comisión Europea. Proyecto RESCATE. (Contract number IC18\*CT960058).
33. Espinoza E, Elías MA, Villalta EV. El sistema Local de Salud (SILOS) de la zona norte de San Salvador 1992-1997: una experiencia innovadora en salud [tesis de maestría]. San Salvador: Universidad de El Salvador; 2000.
34. Barten F, Pérez R, Espinoza E, Morales C. Democratic governance: fairytale or real perspective? Lessons from Central America. Environm Urbanization. 2002;14:129-44.
35. Homedes N, Ugalde A. Neoliberal reforms in health services in Latin America: a critical view from two case studies. Rev Panam Salud Pública. 2005;17:210-20.
36. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005;71:83-96.