

El diálogo entre la salud y la política exterior en la cooperación brasileña en bancos de leche humana

Tiago Mocellin Pittas ¹
Clarissa Franzoi Dri ¹

Resumen *La leche materna es la principal forma de alimentación en los primeros años de la infancia. En la imposibilidad de este tipo de lactancia, existen alternativas secundarias, como los bancos de leche humana. En Brasil, la adopción de esta alternativa se inició en 1943 con la creación del primer banco de leche. A partir de entonces, pasando por diferentes fases, se desarrolló un modelo nacional que llevó a la creación de la Red Brasileña de Bancos de Leche Humana. Como resultado, muchos proyectos de cooperación internacional surgieron, siendo el modelo brasileño considerado relevante especialmente para los países en desarrollo. El principal objetivo de este estudio es entender lo que motiva Brasil a promover los bancos de leche a nivel internacional. Para lograrlo, tratamos de entender la relación entre la salud y la política exterior, expresada aquí como poder blando (softpower), ya que las dos áreas dialogaron en estos actos. Entre los resultados, se expresan mejoras en ambas áreas y la afirmación de la salud como un objetivo a ser logrado por el grupo de intereses nacionales del caso.*

Palabras clave *Bancos de leche humana, Diplomacia en salud, Cooperación Sur-Sur, Política exterior brasileña, Salud global*

¹ Departamento de
Economia e Relações
Internacionais, Universidade
Federal de Santa Catarina.
Campus Universitário,
Trindade. 88040-970
Florianópolis SC Brasil.
mocellin.tiago@gmail.com

Introducción

La lactancia materna es una práctica socialmente condicionada y que aporta muchos beneficios para la salud del lactante, siendo una herramienta importante en la reducción de la mortalidad infantil¹. Iniciativas como la implementación de bancos de leche humana (BLH) tienen como propósito proveer la leche cuando la madre no es una fuente disponible. Con esto en mente, Brasil ha desarrollado una de las más complejas y eficientes redes de bancos de leche del mundo, constituyendo un instrumento nacional para hacer frente al reto de la salud en la primera infancia. Teniendo en cuenta el éxito y las características del modelo brasileño, este instrumento pasó a ser exportado a muchos países, especialmente a los que están en proceso de desarrollo. Las acciones brasileñas relacionadas a diplomacia en salud en ese período corresponden a momentos de interseccionalidad, especialmente entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Asuntos Exteriores.

Estas acciones internacionales comenzaron a tener lugar durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) y continuaron en los siguientes períodos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010) y Dilma Rousseff (2011-2016). Debido a la disponibilidad de datos y de literatura, el artículo empieza con la investidura de Cardoso en 1995 y termina en el final del primer mandato de Rousseff, en el año 2014. El principal objetivo de este estudio es entender lo que motiva Brasil a promover los bancos de leche a nivel internacional. Nuestra hipótesis es que esta promoción está vinculada tanto a los objetivos de la salud cuanto de la política exterior, expresada aquí como poder blando (*softpower*), ya que las dos áreas dialogaron en estos actos.

Esta contribución para la cooperación internacional en salud radica en el eje de las estrategias y experiencias reguladoras en materia de salud. Sobre todo, normas e instituciones internacionales originarias a partir del tema de bancos de leche humana. En esta área, la actuación de Brasil ha sido central para la configuración de los modelos en los países en desarrollo. Es, pues, una búsqueda conjunta para el desarrollo, a partir de las garantías de la salud infantil en los estados del Sur global con baja desigualdad en esta cuestión. El artículo se divide en tres secciones. La primera es la presentación del marco teórico, que consiste en el poder blando de Nye^{2,3}, como un instrumento de política exterior y su posible relación con la salud global. En la siguiente sección, es descripto el contexto en lo cual está inserido el modelo

brasileño de BLH. Por fin, en la última parte, la estrategia y los resultados brasileños son interpretados con base en el presentado previamente.

Salud y Poder blando: un diálogo de doble vía

Actualmente, un importante recurso de poder es el poder blando. Como recurso puede ser utilizado para lograr diversos fines, entre ellos la salud. De esa forma, una exposición sobre el debate entre la salud y la política exterior sirve para balizar el carácter que siguen los proyectos de cooperación de Brasil en bancos de leche humana.

Al darse cuenta del panorama mundial en la Posguerra Fría, Nye² desarrolló el concepto de poder blando. El autor observó que el conjunto de factores que dan forma al poder internacional encontró un punto de inflexión, resultando en un cambio en la naturaleza de las relaciones entre los estados. La definición de poder estaría perdiendo énfasis en las cuestiones militares y de conquista territorial, es decir, en los aspectos tradicionales de la Guerra Fría, siendo que el uso de la fuerza estaría ofreciendo un menor costo-beneficio. Por otro lado, ganan destaque otras áreas como salud, tecnología y educación. Aspectos tales como la globalización y la intensificación de las interacciones humanas generaron mayor interrelación espacial, temporal y cognitiva, lo que afectó también a la reconfiguración de la naturaleza del poder. Hay, por lo tanto, nuevos problemas que requieren soluciones colectivas, lo que, consecuentemente, resulta en una ampliación de los asuntos relativos a la política externa²⁻⁴. Contribuye también para esto la incorporación de agentes que aportan, a la escena internacional, objetivos distintos de los simplemente estatales. En consecuencia, otros instrumentos, tales como las capacidades de organización, de comunicación e institucionales, se volvieron importantes de la misma manera que la manipulación de la interdependencia (entendida como la manera de obtener beneficios debido a los nuevos procesos que conectan los actores). Hay, por consiguiente, una propagación del poder². Así, los países centrales, aunque controlan los recursos del poder duro (*hardpower*) (recursos tradicionales, militares y económicos de poder), ahora tienen menor capacidad para controlar ciertos sectores en la escena internacional³.

Es así que el poder blando viene ganando importancia en la actualidad. Este proceso ocurre mediante la influencia y legitimidad de los valo-

res culturales y de las ideologías, con respecto a las normas e instituciones internacionales, y no mediante la coerción, como ocurre con el poder duro. Aunque ambas formas de poder son importantes y juntas constituyen el llamado *smart power*³, cada vez más es importante hacer con que las ideas sean aceptas de forma legítima a nivel internacional para que, por intermedio de ellas, se pueda reforzar su posición e influir en la escena internacional. Entonces, otros estados estarán más propensos a actuar de acuerdo con esta nueva práctica ya legitimada. Así, un actor puede exportar sus valores y hacer su voluntad más bien recibida en el medio internacional, controlando o minimizando las objeciones externas².

Con respecto a la salud, las características del poder blando son perceptibles desde puntos de contacto con lo que fue observado por Nye^{2,3}. De acuerdo con la literatura, la salud global tiene una amplia gama de actores influyentes (como las estatales, las no estatales de diversos tipos y las organizaciones internacionales) y procesos (que reestructuran las formas de interacción), de modo que las relaciones actuales son cada vez más complejas⁴⁻⁷. Además, hay una serie de nuevos estados ganando importancia, especialmente entre los países en desarrollo, como Brasil, China, India, México, entre otros. El rápido crecimiento económico confirió un cambio de posición a nivel internacional, haciendo estos países más activos en los temas globales⁵.

En la literatura médica en salud global se observa un debate acerca de la relación entre la salud y la búsqueda de los actores por el poder blando. Mientras una perspectiva observa el uso de la salud como un medio para alcanzar objetivos más amplios de la política exterior que no estén relacionados a la salud, otro busca evaluar el logro de los objetivos de la salud a través de la política exterior. También existe una tercera línea de pensamiento que trata de ir más allá de este debate legal sobre cómo debe ser la relación entre el poder blando y la salud al afirmar que, independientemente de lo que sea, el sector de la salud debe tratar de obtener el mayor beneficio posible de esta relación⁴.

En cuanto a la primera perspectiva, se considera Fidler⁶ como una referencia representativa. El autor afirma que el uso de la salud para obtener ganancias en otras áreas de la política exterior es histórico, a pesar de este tema ser recién estudiado. El mecanismo principal para esto sería la vía bilateral. La asistencia se daría con un doble propósito: resolver un problema de salud de preocupación mutua y el acercamiento como

una forma de aumentar relativamente el poder. La opinión de Fidler⁶ es de escepticismo, ya que concluye que esta práctica no conduciría a mejoras significativas en el campo político y no le quedó claro si los resultados en salud son útiles. Por lo tanto, el uso de la diplomacia en salud, como el poder blando, tras la Segunda Guerra Mundial, no traería ganancias significativas desde un punto de vista de la salud global⁶.

Los autores relativos a la segunda perspectiva, representados aquí por Kickbush y Berger⁷ y Kickbush y Buss⁵, a su vez, observan que las cuestiones de salud han ganado fuerza en la agenda debido a aspectos como la globalización y, siendo así, los problemas de este sector requieren esfuerzos intersectoriales y colectivos. Esto generaría tensión y el debilitamiento de los intereses tradicionales de los estados (en particular, comerciales y de seguridad), ya que la complejidad de la diplomacia en el siglo XXI estaría trayendo nuevos actores, problemas, funciones y valores, que transformaron la salud en objetivo de la diplomacia, agregando, inclusive, más solidaridad. Además, al contrario de la visión anterior, los autores de esta perspectiva subrayan un aumento de la multipolaridad⁷. En este sentido, la dinámica que acompaña este proceso permite una mayor integración de la salud en la agenda de la política exterior.

Por fin, el tercero y último punto de vista evalúa como las negociaciones y acuerdos relacionados a la salud pueden beneficiarse de las capacidades y experiencias de los diplomáticos. Esto sería útil una vez que el campo de la salud es visto como incapaz de hacer frente a los otros sectores. En ese sentido, hay un entendimiento de que tanto la política exterior puede beneficiarse de la salud cuanto el contrario también sería posible, pudiendo haber variaciones a medida que los sectores busquen el entendimiento y la cooperación⁴.

En síntesis, al afrontar las dos primeras perspectivas, se nota que hay diferentes evaluaciones con respecto de cuando (histórico o actual) y como (bilateral o multilateral) ocurre esta relación entre poder y salud, además de los diferentes diagnósticos que van desde una visión escéptica a otra de entusiasmo. La última visión, por su turno, aunque sea complementar a las anteriores, también añade una dimensión importante, que va más allá de la frontera de la discusión entre el eje política exterior-salud de manera transversal, permitiendo la aproximación entre estos dos sectores. Al mismo tiempo que acepta el diálogo entre las dos esferas, se centra menos en la discu-

sión de cuáles serían los objetivos y más en cómo podría haber un beneficio mutuo. En ese sentido, corrobora con lo que piensa Nye³, de que lo que más importa son los resultados y no los recursos. Es decir, las estrategias (entendidas en los recursos de poder blando y duro) y los contextos serían los medios y deben ser considerados por los tomadores de decisión, pero los resultados finales serían más importantes. Así, debemos entender las estrategias llevadas a cabo, pero sabiendo diferenciarlas de los resultados. Por lo tanto, una estrategia de poder blando (medio) puede culminar en resultados positivos en la dimensión de la salud (fin) – y en otras también.

A esta visión se suma el hecho de que cada actor no tiene necesariamente solo un interés y solo una estrategia en cada acción. En ese sentido, hay grupos de intereses nacionales (*national interest clusters*⁸) que determinan la toma de decisión. Dentro de cada grupo puede haber objetivos prioritarios (tales como comercio, seguridad, educación, salud, etc.) y otros que son manejados para lograr estos primeros⁸. De esa manera, no hay objetivos estáticos, sino que varían según el caso.

Dicho esto, un punto de concordancia en la literatura es la emergencia de los países en desarrollo, como Brasil, obteniendo destaque en las cuestiones de salud. Según esa acepción, se nota la búsqueda brasileña por un mayor destaque en el ámbito internacional en la Posguerra Fría, especialmente a partir del gobierno de Fernando Henrique Cardoso. Esta tendencia se confirma en los gobiernos siguientes.

Con Cardoso, se buscó cambiar la agenda reactiva existente en la política exterior por una nueva lógica en la cual prevaleció una agenda internacional proactiva, moldeada con base en las nuevas tendencias mundiales y cuyo objetivo sería ampliar el poder de control sobre su destino⁹. Eso permitiría a Brasil articularse con el medio internacional sin someterse; seguir con su postura amistosa frente a los países del Norte, pero teniendo en cuenta sus necesidades y especificidades; e influir en la agenda internacional con perspectivas propias. Se entendía que los intereses brasileños estaban conectados a los internacionales – de esa manera, actuar internacionalmente sería una forma de legitimación y concretización de los intereses específicos nacionales. Eso llevaría Brasil a convergir con las tendencias mundiales y a adherir a los regímenes, sin tener una posición subordinada⁹. En resumen, Cardoso actuó dentro del sistema vigente con el fin de preservar los logros alcanzados por el país con consciencia de sus limitaciones de poder.

Ya con la investidura de Lula, en 2003, empieza un proceso de alteración del énfasis en algunos aspectos de la política exterior brasileña, con la realización de cambios y ajustes en relación al período anterior. A partir de entonces, Brasil pasó a actuar a través de una lógica que enfatiza las asociaciones con los países del Sur y acuerdos con asociados no tradicionales, con la intención de reducir las asimetrías en relación a los países desarrollados y, así, incrementar su capacidad de negociación. Algunas de estas acciones ocurrieron en bloques, como iniciativas conjuntas de Brasil y países vecinos o del Sur global, en una posición más horizontal con sus asociados¹⁰.

Por fin, en el gobierno de Dilma, a pesar de mantener objetivos como autonomía y desarrollo, el país tuvo una postura menos propositiva y una política exterior más moderada y discreta. Se entiende que hay factores de continuidad como la inexistencia de nuevas demandas burocráticas y la no ocurrencia de reestructuración interior, mientras que los cambios serían básicamente relativos a los diferentes perfiles y a los choques externos (como la Primavera Árabe)¹¹.

En general, por lo tanto, está claro que durante los gobiernos de Cardoso y Lula hubo, con diferentes métodos y enfoques, un intento de inserción en el orden global de forma activa. Durante el gobierno de Dilma, la dimensión de la política exterior fue ligeramente debilitada, a pesar de seguir algunos de los paradigmas del gobierno anterior. Además de esto, vale señalar que, en términos geográficos, Fernando Henrique se volvió más para Europa, mientras en los períodos posteriores se dio mayor énfasis al continente africano. Con respecto a Sudamérica, sin embargo, hubo una convergencia entre los gobiernos, ya que fue un tema prioritario para todos¹².

Al referirse a la diplomacia en la salud brasileña, la Constitución Federal de 1988 es la base central de actuación. A partir de ella, se establece una visión descentralizada de la salud pública que visa garantizar a ese sector el acceso integral, universal e igualitario a los ciudadanos brasileños. A partir de esa constatación, el país puede, entonces, asumir nuevas posiciones en el ámbito internacional¹³. Una característica fuerte de la actitud brasileña es la participación de diversas agencias gubernamentales cooperando con el Ministerio de Asuntos Exteriores, lo que refuerza el carácter de horizontalización de la política exterior¹⁴.

Con esto surge el concepto de cooperación Sur-Sur estructurante en salud. Principalmente a partir del año 2000, la proyección internacional de Brasil en la esfera de la salud es orientada por las

características Sur-Sur. Es decir, las interacciones expresan un carácter de mayor simetría entre los agentes, sin imponer condiciones o practicar una transferencia pasiva de tecnologías, que caracterizan algunos de los pilares tradicionales de la cooperación Norte-Sur¹⁵. El objetivo es generar en los países asociados la capacidad de llevar adelante sus sistemas de salud con autonomía, liderazgo y producción de conocimiento. Así, Brasil busca actuar como un potenciador de estas capacidades cuando ayuda en el desarrollo de los procesos ligados a esta área, tanto en términos de estructura física cuanto en el campo del desarrollo humano.

Un ejemplo conocido de la actuación brasileña en el ámbito internacional es el caso de las medicinas antirretrovirales para el VIH/SIDA. En este caso, las políticas doméstica y exterior ocurren de forma coherente, con la meta de la universalización del acceso a los medicamentos. En el campo exterior, el país lidió desde el inicio con la tarea de lograr el reconocimiento internacional. Al tratar de este problema, así como hizo en ámbito doméstico, el gobierno buscó apoyo en los países en condiciones similares, tales como India, Tailandia y Sudáfrica, organizaciones no gubernamentales y también intentó sensibilizar la sociedad civil¹⁶⁻¹⁸. Con el éxito brasileño en estas políticas (con consecuencias tanto en el poder blando cuanto en el poder duro – esta última en el campo económico¹⁶), su posición se fortaleció en negociaciones de diversos niveles sea en el comercio, en la propiedad intelectual, en la salud o en los derechos humanos, generando un efecto de desbordamiento.

Este ejemplo es importante porque ilustra una posible relación entre el poder blando y la salud y la importancia de esta en la agenda de la política exterior brasileña. A partir de lo anterior, se percibe que una de las razones que explican las ganancias que el país obtuvo en esta cuestión es precisamente la credibilidad obtenida con el poder blando¹⁷. Tal conclusión es evidente una vez que fue posible movilizar con éxito y de manera favorable inclusive la sociedad civil de países oponentes a la posición brasileña. Pues, en este caso, se puede afirmar que uno de los elementos que compuso el grupo de intereses nacionales fue el de la salud. Simultáneamente, el país alcanzó el respeto y reconocimiento como un líder global en crecimiento¹⁸. De esa manera, hubo ganancias tanto en términos de poder cuanto en la agenda de la salud: de forma mutua, política exterior y salud se beneficiaron de esta relación.

Con base en lo anterior, quedó claro que hay maneras distintas de evaluarse el diálogo entre la política exterior y la salud. Entre los diversos mo-

dos, una importante herramienta de análisis es el estudio de como ocurre esta relación y de cómo cada sector puede beneficiarse en casos específicos. En la próxima sección se describe el contexto de los BLH en Brasil y el modelo que es la base para los proyectos de cooperación.

Lactancia materna y los bancos de leche: el modelo brasileño

La leche humana se caracteriza por su importancia en el desarrollo infantil, siendo el principal método de alimentación. Por lo tanto, el proceso histórico enseña que, caso no sea posible la propia madre ser la fuente, se hace necesaria la búsqueda por otras fuentes, como los bancos de leche humana – creado por primera vez en Viena, en 1900¹. Su efecto en la supervivencia, crecimiento y desarrollo es notorio. Las indicaciones más convencionales para la prescripción del BLH son nutricionales (caso de los prematuros, entre otros), terapéuticas (en caso de enfermedades infecciosas, por ejemplo) y preventivas (como cuando hay alergia a las proteínas de la leche de vaca)¹⁹.

Otros marcos favorables a la promoción de los bancos de leche humana pueden ser vistos, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. De un total de ocho, ellos fueron elaborados en el año 2000 como meta para el año 2015. Explícitamente uno de ellos poseía como objetivo la reducción de la mortalidad infantil, priorizando la reducción en dos tercios de las muertes en niños menores de cinco años – donde los BLH pueden ser una opción eficaz. En Brasil, se logró este objetivo²⁰. Converge con esta perspectiva la percepción del Banco Mundial que estima que la inversión en iniciativas de salud infantil trae rendimientos equivalentes a siete veces el valor invertido a través de la reducción de costos con la seguridad social y el aumento de la productividad económica²¹.

Hay espacio para intentar buscar soluciones de problemas estructurales vinculados a la salud infantil a partir de la implementación de bancos de leche. En poblaciones con bajos ingresos, especialmente de países en desarrollo como los de África, Asia y algunos de Latinoamérica, muchas veces, las familias no amamantan a sus bebés con leche humana, optando por alternativas industrializadas. Esta opción no es perjudicial solo por los aspectos favorables a la lactancia humana, sino también porque, con los niños más vulnerables debido a falta de la leche materna, se suman las condiciones precarias de estos países. Por lo

tanto, desnutrición e infección se relacionan y la lactancia materna se vuelve todavía más necesaria para la reversión de la situación de la morbilidad y mortalidad infantil²¹.

En los últimos años, diferentes modelos de bancos de leche humana fueron creados, pero el brasileño y el anglosajón son los principales²². Con respecto al brasileño, la organización va del nivel nacional hasta el local, con formación de las personas, registro de certificados y centros estatales y nacionales de referencia – características de la descentralización. Uno de los objetivos principales es desarrollar tecnologías, métodos baratos y equipos para donantes, para que se produzca un producto seguro y de calidad²¹. La iniciativa brasileña fue agraciada en 2001 con el premio Sasakawa de Salud como el mejor proyecto de salud pública. De esa manera, en contraposición al anglosajón, el modelo brasileño es sencillo, eficiente y económicamente viable a países en desarrollo^{21,22}. Este sería el modelo ideal para aquellos grupos de países de bajos ingresos mencionados anteriormente.

En relación a la historia brasileña de lactancia materna y los BLH, se observa que hay fluctuaciones a cerca de su importancia social, variando según el momento histórico. La trayectoria de los bancos de leche humana en el país puede ser caracterizada en tres períodos paradigmáticos distintos, entre los cuales el último es particularmente importante en este trabajo.

El primer momento es considerado la fase de consolidación, empezando en 1943 con la implantación de la primera unidad de BLH en Brasil. En este período, se utilizaban estrategias cuestionables para aumentar el volumen de leche obtenido, como la creación de una relación comercial de compra y venta. Además, los bancos de leche eran aquí entendidos como alternativa para los casos en que la alimentación artificial no era posible. Esta fase se extendió hasta 1985, cuando después se dio inicio a la segunda fase que amplió la forma de actuación. A partir de entonces, hay la incorporación de nuevas actividades, como la promoción, apoyo y protección a la lactancia materna y la ruptura de las tradiciones anteriores. Entre otras razones, esto fue posible debido al surgimiento de una legislación federal específica, movilización social y esfuerzos para la mejora de los bancos de leche, culminando en la creación del Programa Nacional de Incentivo a la Lactancia Materna (PNILM)^{23,24}. La comprobación de que 85% de las muertes por desnutrición en bebés destetados eran relacionadas a la adopción de la lactancia artificial también incentivó esta nueva fase²¹.

La última etapa es basada en el modelo de red nacional, creciendo de forma descentralizada y con énfasis en la construcción del conocimiento técnico en los niveles municipales y estatales. En este período surgió la Red Brasileña de Bancos de Leche Humana (RedeBLH), proyecto que reúne la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y el Ministerio de Salud. Sus principales objetivos son la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de los indicadores de lactancia materna en el país, usando como herramienta la promoción de la información y del conocimiento. Además, este nuevo modelo posibilitó la expansión de la RedeBLH más allá de las fronteras nacionales.

De esta manera, Brasil se consolidó como referencia en el tema, especialmente debido a la promoción e incentivo a la investigación y al desarrollo tecnológico^{24,25}. Hasta 2014, estaban en funcionamiento 214 BLH, además de 125 puntos de recogida²¹. Su relevancia en el campo de la cooperación internacional fue determinante para el aumento de la dimensión y respeto de este proyecto en el ámbito gubernamental, obteniendo más recursos y atención²¹. Durante todos los períodos, fue continuo el liderazgo del Instituto Fernandes Figueira (IFF), vinculado a la Fiocruz²⁴.

Hoy está claro que los bancos de leche son una importante herramienta para la lactancia en los casos en que no sea posible tener la propia madre como una fuente disponible. En esta temática, Brasil se convirtió en un polo de referencia, especialmente para los países en desarrollo. En la próxima sección, se dibuja un balance crítico de la actuación internacional de Brasil a partir de lo mencionado hasta entonces.

La cooperación brasileña en bancos de leche humana

Considerando el poder blando como un instrumento de la política exterior, bien como el contexto en el que ocurren los proyectos de cooperación en bancos de leche humana, se comienza ahora el análisis de la actuación brasileña. Esta sección tratará de entender la forma como ella ocurre y como se relaciona con el mencionado en las secciones anteriores.

El segundo período de la trayectoria de los bancos de leche en Brasil, como ya dicho, comenzó a mediados de la década de 1980, período que coincide con la redemocratización y la creación de instrumentos tales como la Constitución de 1988, que ofrece nuevas identidades a la salud en Brasil. Es a partir de ahí que empieza la coope-

ración en BLH. Mientras tanto, es la formación de la RedeBLH, en 1998, que solidifica y estimula la cooperación internacional. En el exterior, Fiocruz es, usualmente, la institución brasileña responsable por la actuación activa y presente en todos los proyectos de BLH. La Fiocruz auxilia a estructurar o reestructurar este sector en el país receptor a través de la transferencia de tecnología, por intermedio de instrucciones técnicas relacionadas a la estructura física y la formación de recursos humanos, además de la transferencia de tecnología nacional de recogida y almacenamiento de la leche. Ella es un importante enlace entre Brasil y el estado asociado. Otro actor activo es la Agencia Brasileña de Cooperación, vinculada al Ministerio de Asuntos Exteriores, que da soporte financiero²¹. Esta intersectorialidad ejemplifica el carácter de horizontalización de la política exterior previamente mencionado¹⁴. Debido a este estímulo de proyección, el brasileño es el modelo a ser seguido en los proyectos de cooperación, con las necesarias adecuaciones al país asociado.

Actuando, así, con base en los principios institucionalizados en 1988 y con la credibilidad internacional de otros programas en salud (como el VIH/SIDA), Brasil empieza su trayectoria en la cooperación de los bancos de leche humana. Este proceso se dio a través de proyectos bilaterales, trilaterales (principalmente con organizaciones internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud) y multilaterales. En la agenda del Ministerio de Salud, los bancos de leche son relevantes, siendo que representaban, en 2010, el 37% de los proyectos²⁶. Fue por intermedio de Latinoamérica que Brasil inició la cooperación internacional. El inicio de este proceso fue en 1996, con un programa de cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y la Fiocruz, por parte de Brasil, y el gobierno de Venezuela, implicando en la implantación de dos BLH, según el modelo brasileño. Otras iniciativas fueron implementadas, como el Programa Iberoamericano de Bancos de Leche Humana (IberBLH). Este programa, aprobado en 2007, se justifica por la búsqueda de intercambio de conocimiento y tecnologías, con el objetivo de reducir la mortalidad infantil.

Con respeto a la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa (CPLP), el contexto en que fueron firmados los acuerdos corresponde al del Plan Estratégico de Cooperación en Salud (PECS), cuya estrategia es la de construir redes de instituciones estructurantes y formar recursos humanos en salud, lo que va contra el enfoque tradicional de proyectos y programas verticales. Presente en diversas reuniones del grupo, el

“Programa para la Implementación de Bancos de Leche Humana en los Países de la CPLP” fue propuesto por Brasil y debería funcionar de acuerdo con su modelo²⁷. Sin embargo, debido a problemas derivados de las peculiaridades de cada país, el proyecto no tuvo continuidad en el plan multilateral. Aun así, fue aprobado, iniciado y tubo su continuidad de forma separada (bilateral o trilateral) con cada país del bloque, adaptado a sus particularidades²⁸.

Vale la pena señalar otros eventos de la trayectoria multilateral, que tiene su inicio en 2000, con la realización del I Congreso Internacional de Bancos de Leche Humana, en Natal, Brasil. Participaron delegados de diversos países, con intenso intercambio de experiencias. En 2005, fue elaborada la Carta de Brasilia, en el II Congreso Internacional de Bancos de Leche Humana, realizado conjuntamente con el I Fórum Latinoamericano de Bancos de Leche Humana. Participaron países representantes o no de esta región, además de algunas organizaciones internacionales. En este momento, comenzó la construcción de la Red Latinoamericana de Bancos de Leche Humana. En 2010, hubo nuevos eventos que ratificaran la Carta de Brasilia²¹. De esa manera, se observa que estos proyectos siguieron el modelo brasileño, que se asemeja a la concepción de la cooperación Sur-Sur estructurante en salud¹⁵. En ese modelo, la búsqueda es transformar las estructuras existentes para lograr beneficios a largo plazo y dar continuidad al proyecto, mismo tras su vigencia y salida del gobierno brasileño y de sus instituciones. Aparte del evidente liderazgo de Brasil, comúnmente están expresos deseos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente relacionados a la reducción de la mortalidad infantil (en que Brasil es un ejemplo).

En el período en que fueron iniciados los proyectos, estaba en marcha el gobierno de Cardoso. Como fue dicho, en este período, el país pasó a actuar de manera más proactiva y una de las regiones prioritarias fue Sudamérica. En ese momento, de acuerdo con el Cuadro 1, los primeros proyectos de banco de leche fueron desarrollados en la región. Congresos regionales también ocurrieron en ese período. El Cuadro 1 muestra, además, que prácticamente todos los otros contactos iniciales ocurrieron durante el gobierno Lula (muchos en 2007, coincidiendo con la institución de la IberBLH), excepto el último. Eso prueba la importancia dada a las vinculaciones con los países del Sur, retomando lo que fue dicho en la primera sección. Otro punto importante es que es en esta categoría que los países africanos están

Cuadro 1. Países asociados y contacto inicial.

País asociado	Año del contacto inicial para la implementación del BLH
Venezuela	1996
Uruguay	2003
Ecuador	2004
Argentina	2006
Cuba	2006
Belice	2007
Bolivia	2007
Colombia	2007
Costa Rica	2007
España	2007
Honduras	2007
México	2007
Nicaragua	2007
Panamá	2007
Paraguay	2007
República Dominicana	2007
Cabo Verde	2008
Guatemala	2008
Haití	2009
Mozambique	2009
Perú	2009
Portugal	2009
El Salvador	2010
Angola	2011

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la RedeBLH/Fiocruz²⁵.

encajados, confirmando la tendencia de la política exterior del período. En el período posterior, el gobierno Dilma sigue con los acuerdos previamente establecidos y adentra otros. En este sentido, hay una clara continuidad entre su gobierno y los anteriores, especialmente lo de Lula, ya que no se observan cambios significativos.

Por consiguiente, lo que se ve es una convergencia de prioridades de política exterior vinculadas a políticas interiores que resultan en las iniciativas de los bancos de leche. El país exporta, por intermedio de la cooperación técnica en salud, una política pública, además de su tecnología, que trae resultado interno y atrae a los países en desarrollo por su efectividad y bajo costo. Al mismo tiempo que la cooperación atiende a los objetivos de la salud, trae también ganancias de poder. Cuanto al primero, esto es comprobado en la consolidación de políticas domésticas, intercambio de conocimientos (aunque de manera bastante

asimétrica), fortalecimiento de instituciones, ampliación del diálogo intersectorial, entre otros. Ya en el segundo, actuando como proveedor de tecnología para la creación o adecuación de estructuras en el país receptor, aún más con una manera distinta de actuación de la tradicional Norte-Sur, el poder blando se obtiene con el aumento del prestigio del país, la credibilidad y capacidad de liderazgo. Esa forma de actuación muestra que los gobiernos del período comprendieron que la situación era favorable a medidas del poder blando. En síntesis, al ayudar los países asociados en la ejecución de estos proyectos, Brasil exporta también su modelo, legitimando su práctica y creando nuevas reglas e instituciones bajo los auspicios de estos valores, además de optimizar diálogos y abrir espacios para la cooperación intersectorial.

Con su actuación en BLH, Brasil adquirió tanto legitimidad y credibilidad en el tema cuanto consolidó sus políticas en un ambiente exterior en que no hay modelos hegemónicos. Esto es evidenciado tanto en la empatía a los países de la CPLP cuanto a los latinoamericanos. El país actuó según la tercera perspectiva de diálogo entre la política exterior y la salud presentada en la primera sección. La intersectorialidad posibilitó el favorecimiento de los actores vinculados a la salud gracias a la capacidad de los diplomáticos del Ministerio de Relaciones Exteriores. Esa descentralización puede haber reflejado también en los objetivos deseados por el grupo de intereses nacionales, una vez que estaban contenidas en las metas prioritarias ganancias en ambas áreas. Cada actor puede haber participado de los proyectos y negociaciones buscando sus objetivos propios, con una interacción que no generaba superposición de las áreas. Así, hubo avance en la constitución, consolidación y fortalecimiento de la RedeBLH, que gana en institucionalización y avanza en el desarrollo de tecnologías propias, constituyendo el principal resultado del área de la salud. En relación al poder blando, el resultado se nota en la exportación de la cultura e ideología brasileña en términos de salud, donde se mantiene una buena relación con los asociados y se puede generar provechos en otras áreas – como el apoyo de los países latinoamericanos y africanos en demandas en entidades internacionales, por ejemplo. Gracias también al prestigio obtenido, la RedeBLH se mantiene libre de grandes presiones exteriores para un posible cambio en dirección a otro modelo (como el anglosajón), que representa algo especialmente relevante en un sector de gran difusión de poder como es lo de la salud global. O sea, en este caso, la salud estuvo entre

los fines vinculados al grupo de intereses nacionales en juego y posibilitó provechos también en otras áreas de la política exterior, generando un posible efecto de desbordamiento. Confirmando nuestra hipótesis, el diálogo entre las dos áreas aportó beneficios a ambas.

En resumen, lo que queda perceptible es que el gobierno brasileño actúa de acuerdo con sus principios consolidados en la redemocratización y con los principios de la cooperación Sur-Sur. Así, fue posible alcanzar simultáneamente ganancias en las áreas de la salud y de la política exterior. El contexto interno, de un modelo de éxito, y el internacional, de difusión del poder en áreas blandas, posibilitaron la ejecución de las estrategias de Brasil.

Consideraciones finales

Del presentado en este estudio, es posible entender de qué forma se dan los proyectos internacionales brasileños en bancos de leche humana. Esto se hizo a partir de la contextualización de los ambientes global y nacional respecto a los BLH, de la exposición del diálogo entre política exterior y salud global y del análisis de la actuación de Brasil como incentivador de estas iniciativas. Inicialmente, se expuso la relevancia de las políticas en bancos de leche humana tanto en términos globales cuanto nacionales. El modelo brasileño dispone de mecanismos que le atribuyen gran eficacia, al mismo tiempo que adopta tecnología de bajo costo. Como consecuencia, se hace el modelo ideal para los países en desarrollo.

Se hizo evidente que hay posibilidades de diálogo entre política exterior y propósitos del poder

blando en la salud. Con actuaciones intersectoriales, las esferas pueden llegar a resultados que sean satisfactorios para ambas. De esa manera, los objetivos de la salud pueden hacer parte del grupo de intereses nacionales de un país en algún momento específico. Además, quedó claro también el papel de los países en desarrollo en la salud global – área que tiene una gran difusión de poder. Por fin, Brasil parece haberse dado cuenta de la difusión de poder en la salud global, bien como la tendencia de la Posguerra Fría en relación al crecimiento de importancia del poder blando. Consecuentemente, la actuación en el área demostró ser un ejemplo de éxito en que hay obtención de este tipo de poder al mismo tiempo en que hay mejora y consolidación de sus posiciones y políticas domésticas a nivel global. En un tema con gran poder de difusión, consolidarlas es importante, una vez que no hay hegemonías capaces de imponer un modelo. De esa forma, afirmar que sus políticas son significativas en la obtención de los objetivos globales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ofrece al país autonomía en la ejecución de sus propias políticas (o sea, está libre de interferencias exteriores), además de demostrar capacidad de liderazgo y generar prestigio.

Las limitaciones del estudio ocurren una vez que este es un trabajo panorámico e introductorio sobre la cooperación brasileña en bancos de leche. Fueron realizadas, por consiguiente, la compilación y sistematización de datos, además de un análisis teórico de ellos. De ese modo, investigaciones futuras pueden colaborar tanto en la contribución con datos primarios cuanto con la profundización en un caso específico de cooperación en BLH.

Colaboradores

TM Pittas y CF Dri han participado igualmente en cada una de las etapas de elaboración de este artículo.

Referencias

- Vinagre RD, Diniz EMA, Vaz FAC. Leite humano: um pouco de sua história. *Pediatria* 2001; 23(4):340-345.
- Nye JS. *Bound to Lead: The Changing Nature of American Power*. New York: Basic Books; 1990.
- Nye JS. Hard, Soft and Smart Power. In: Cooper AF, Heine J, Thakur R, editors. *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 430-441.
- Lee K, Smith R. What is 'Global Health Diplomacy'? A Conceptual Review. *Global Health Governance* 2011; V(1):1-12.
- Kickbusch I, Buss P. Global Health Diplomacy and Peace. *Infect Dis Clin North Am* 2001; 25(3):601-610.
- Fidler DP. Health Diplomacy. In: Cooper AF, Heine J, Thakur R, editors. *The Oxford Handbook of Modern Diplomacy*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 522-535.
- Kickbusch I, Berger C. Diplomacia da Saúde Global. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):19-24.
- Alcázar S. The Copernican Revolution: The Changing Nature of the Relationship Between Foreign Policy and Health. In: Kickbusch I, Lister G, Told M, Drager N, editors. *Global Health Diplomacy: Concepts, Issues, Actors, Instruments, Fora and Cases*. New York: Springer; 2013. p. 323-335.
- Vigevani T, Oliveira MF. A Política Externa Brasileira na era FHC: Um Exercício da Autonomia pela Integração. *Tempo Social* 2003; 15(2):31-61.
- Vigevani T, Cepaluni G. A Política Externa de Lula da Silva: A Estratégia da Autonomia pela Diversificação. *Contexto Internacional* 2007; 29(2):273-335.
- Cornetet JMC. A Política Externa de Dilma Rousseff: continuação na continuidade. *Revista Conjuntura Austral* 2014; 5(24):111-150.
- Vilela E, Neiva P. Temas e regiões nas políticas externas de Lula e Fernando Henrique: comparação do discurso dos dois presidentes. *Rev. Bras. Polit. Int.* 2011; 54(2):70-96.
- Pires-Alves FA, Paiva CHA, Santana JP. A internacionalização da saúde: elementos contextuais e marcos institucionais da cooperação brasileira. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(6):444-450.
- Pinheiro L. Autores y actores de la política exterior brasileña. *Foreign Affairs Latinoamérica* 2009; 9(2):14-24.
- Almeida C, de Campos RP, Buss P, Ferreira JR, Fonseca LE. A concepção brasileira de "cooperação Sul-Sul estruturante em saúde". *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2010; 4(1):25-35.
- Souza AM. Saúde pública, patentes e atores não estatais: a política externa do Brasil ante a epidemia de aids. In: Milani CRS, Pinheiro L, editores. *Política Externa Brasileira: a política das boas práticas e as práticas da política*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011. p. 208-240.
- Silva AG. Poder Inteligente - A Questão do HIV/AIDS na Política Externa Brasileira. *Contexto Internacional* 2005; 27(1):127-158.
- Lee K, Gómez EJ. Brazil's ascendance: The soft power role of global health diplomacy. *The European Business Review* 2011; Jan-Feb:61-64.
- Soares TSM. *Banco de Leite Humano: Visão Global e Procedimento de Trabalho* [monografia]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2013.
- United Nation. [internet]. New York: UN. [acessado 2016 fev 20]. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/>
- Freitas EZ. *Redes de Bancos de Leite Humano: Uma trajetória de origem brasileira* [especialização]. Brasília: UNB; 2014.
- Tully MR. Excelência em Bancos de Leite Humano: Uma Visão do Futuro – The First International Congress on Human Milk Banking. *J Human Lactation* 2001; 17(1):17-51.
- Almeida JAG. *Amamentação: um híbrido natureza-cultura*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2006; 6(3):285-292.
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (Redeblh). Fiocruz.br [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/>
- Dunda FFE. Cooperação Internacional em Saúde: O caso dos bancos de leite humano. In: *Anais do Seminário Brasileiro de Estudos Estratégicos Internacionais: integração regional e cooperação Sul-Sul no século XXI*; 2012; Porto Alegre. p. 176-199.
- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (Cplp). [internet]. Lisboa: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. [acessado 2016 fev 12]. Disponível em: <http://www.cplp.org>
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Gestão de Projetos e Cooperação Internacional em Saúde (SISCOOP) [internet]. MS. [acessado 2015 jun 10]. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/siscoop/index.jsf>

Artículo sometido el 03/09/2016

Aprobado el 28/11/2016

Versión final sometida el 03/02/2017