

El programa de eliminación de la filariasis linfática en Bangladesh: ¿un modelo exportable?

The lymphatic filariasis elimination program in Bangladesh: an exportable model?

Elena Mancini

Resumen

En 1971, al final de la sangrienta guerra de separación de Pakistán, Bangladesh aparecía como un país sin esperanza. El elevadísimo crecimiento demográfico –uno de los mayores del mundo– las calamidades naturales como aluviones y tifones, la grave y difundida pobreza –con un porcentaje de la población por debajo del umbral de la pobreza, en torno al 30%– la situación política interna, con inestabilidad social y conflictos étnicos latentes, hacían el pronóstico más que verosímil. A distancia de 40 años, BGD ha logrado desmentir en gran parte tal previsión, consiguiendo éxitos en el desarrollo económico, en la salud pública y en la transformación social. El control de la tasa de fertilidad, la lucha contra el “BIG KILLER” (gran asesino) como la TBC¹ y la diarrea infantil, el mejoramiento de las condiciones higiénicas y la instalación de clínicas territoriales de salud de primera asistencia (*community-clinic*), campañas sanitarias eficaces, la lucha contra enfermedades en-

Consejo Nacional de las Investigaciones, Instituto de Tecnologías Biomédicas (Uos de Roma).

Título original: Il programma di eliminazione della filariasi linfatica in Bangladesh: un modello esportabile? Publicado en la Revista *Medicina e Morale* 2017/4 pp. 495-511. La traducción no ha sido revisada por la autora.

Recibido el 30 de enero de 2019. Aceptado el 12 de febrero de 2019.

démicas; han sido obtenidas gracias al uso coordinado de las medidas de salud de los programas internacionales. Resultados, estos, conseguidos a través de una política sanitaria basada en una proficua colaboración entre el Ministerio de Salud Nacional (Ministry of Health and Family Welfare), ONG, organismos internacionales de salud, instituciones y fundaciones internacionales. BGD ha conseguido así la meta de la casi total eliminación de las enfermedades endémicas por descuido en el país (leishmaniasis visceral, filariasis linfática, dengue, lepra, parasitosis intestinales infecciones por helmintos). El artículo valora los factores que han caracterizado el éxito en el programa de eliminación de la filariasis linfática. Del análisis de tales factores ha derivado un posible modelo de *GOVERNANCE* (gestión) para la lucha contra las enfermedades por descuido en regiones endémicas comparables en el perfil geo-político.

Palabras clave: filariasis linfática, Bangladesh, acercamiento basado en la comunidad, acercamiento de capacidad, equidad, Declaración de Alma Ata.

1. Introducción

Bangladesh ha suscitado un creciente interés en los economistas y los expertos de política de salud, en cuanto que, siendo un país hasta hace pocos años extremadamente pobre, y muy pobre aún, ha sido capaz de conseguir importantísimos resultados en el campo de la salud y de realizar una notable transformación social. De hecho, junto a un lento pero constante crecimiento económico –con efectos positivos en las condiciones de vida, aunque todavía no en todas las franjas de la población– ha conseguido notables resultados en el plano de la asistencia sanitaria y de la escolarización, al grado de hacer próximo el alcance de objetivos clave de los *Millennium Development Goals* (*objetivos de desarrollo del milenio*) [1, p. 1734]. Ha sido observado, por ejemplo, cómo ahora el país «goza

de una mayor expectativa de vida, de la más baja tasa de fertilidad y de mortalidad infantil entre los países del Asia meridional, no obstante que el gasto sanitario en su conjunto es inferior al de países limítrofes» [2, p. 1631].

Un ulterior y notable éxito está representado por la casi total eliminación de las enfermedades tropicales endémicas, a través de un programa nacional que se ha desarrollado aprovechando la presencia difundida en el territorio de organizaciones no gubernamentales dotadas de una consolidada experiencia en la educación de salud y en el contacto directo con las comunidades locales. La eficacia de las políticas sanitarias implementadas se debe en gran parte al hecho de haber llevado a cabo una correcta valoración epidemiológica preliminar orientada a establecer la prevalencia de las patologías endémicas en cada distrito sanitario, con el fin de permitir una colocación racional de fármacos, dispositivos médicos, servicios y recursos humanos. El programa de eliminación ha empleado además personal con experiencia en la vastísima red de las organizaciones no gubernamentales (cerca de 23,000) [3] —constituido por médicos, paramédicos y voluntarios con formación sanitaria de base— también para la recolección de datos epidemiológicos, la distribución en masa de fármacos (*Mass Drug Administration-MDA*), la educación en salud, el *case management* (manejo de casos) y el *screening* (criba) post tratamiento [4]. En las siguientes páginas será examinado en particular el programa de eliminación de la filariasis linfática, que actualmente está en la fase de vigilancia epidemiológica que ha seguido a la interrupción del tratamiento farmacológico de masa (MDA) [5], por indicación de la Organización Mundial de la Salud [6].

2. El Programa Global de Eliminación de la Filariasis Linfática

Recientes estimaciones evalúan en 68 millones las personas afectadas por filariasis linfática en el mundo (40 millones presentan las

manifestaciones crónicas de la enfermedad: entre las cuales aparecen principalmente hidrocele y linfedema) [7, p. 538]. La enfermedad está presente en Asia, en África sub sahariana, en Sudamérica y en Oceanía. En Asia, la India es el país mayormente endémico, seguido por Indonesia, Nigeria, Bangladesh, Myanmar. Datos de 2013 [8, p. 414] de la Organización Mundial de la Salud relativos a Bangladesh estimaban en 49'660,000 las personas con necesidad de tratamiento farmacológico, dato que actualmente, gracias al éxito del programa de eliminación, se ajusta a 3'211,000 [9, p. 445].

La filariasis linfática es una enfermedad parasitaria causada por nematodos (gusanos) pertenecientes a la especie *Wuchereria bancrofti* (filariasis de Bancroft), *Brugia malayi* y *Brugia Timori* (filariasis brugianas). El vector de la infección humana es el mosquito que inocula las larvas del parásito durante la picadura: éstas entran en el punto de inoculación y migran a lo largo de los vasos linfáticos. Por tanto, se asientan en los vasos linfáticos y en las linfoglándulas donde se convierten en gusanos adultos en un lapso de 6 a 12 meses.

La transmisión de persona a persona es causada por la ingestión de las larvas por parte del insecto de un sujeto en cuyo torrente sanguíneo están presentes las larvas (microfilarias) y por la transmisión a un ulterior individuo durante una posterior alimentación hemática. La infección lleva a la microfilaremia, condición en la que no se evidencian manifestaciones clínicas. Estas son debidas a la progresiva obstrucción de los vasos linfáticos causada por el desarrollo de las microfilarias en gusanos adultos, con consiguientes edemas, ascitis, hidrocele, linfedema: manifestaciones que pueden aparecer también después de años de la infección originaria. La hipertrofia de los tejidos subcutáneos, en particular en las extremidades inferiores (linfedema/elefantiasis) y del escroto en el hombre (hidrocele), tiene efectos gravemente invalidantes. La deformidad de las extremidades, debida a la anormal hinchazón de las piernas y de los pies (motivo por el cual la enfermedad es conocida también como elefantiasis) una vez alcanzado un cierto grado de severidad,

tiende a persistir también después del tratamiento farmacológico, haciendo la invalidez difícilmente reversible.

La filariasis causa además dolor intenso y recurrente, reducción de la deambulación, infecciones bacterianas secundarias y fiebre; el sufrimiento psicológico, con el consiguiente compromiso de la capacidad laboral, limitación en las actividades cotidianas, interrupción de la asistencia a la escuela. Las deformidades de las extremidades son además motivo de estigmatización, aislamiento social y, para las mujeres, reducción de las perspectivas matrimoniales. Se estima que la productividad de las personas afectadas pueda reducirse hasta el 88% [10, pp. 1 y ss.].²

La Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud lanzaba ya en 1997 una *Resolución* sobre la eliminación de la filariasis linfática con la cual pedía a los países miembros adoptar programas específicos de acción. La resolución en particular comprometía a los países a:

- obtener ventaja de los avances en el conocimiento de la filariasis linfática y de la reciente oportunidad de vencer a la enfermedad realizando planes nacionales de eliminación y medidas de monitoreo y de valoración de la eficacia de tales actividades;
- potenciar los programas locales e integrar la acción con las actividades sanitarias y las intervenciones ya en acto en el territorio, a fin de efectuar medidas fácilmente realizables, sostenibles y culturalmente aceptables. Llevar a cabo, donde sea posible, también el control de los vectores de medidas para el mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias;
- potenciar la formación, la investigación, el diagnóstico de laboratorio, el desarrollo de competencias específicas sobre la enfermedad y de análisis de los datos con el fin de mejorar la práctica clínica y las capacidades organizativas;
- movilizar la participación de las comunidades afectadas por la enfermedad y el sostenimiento de las organizaciones no gubernamentales y de todos los actores relevantes [11].

En el 2000 la Organización Mundial de la Salud, dando seguimiento a la *Resolución*, lanzaba el Programa Mundial de eliminación de la filariasis linfática [12]. El programa ha sido llevado adelante gracias a una *partnership* (*asociación*) entre la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, compañías farmacéuticas, organizaciones no gubernamentales, representantes de los gobiernos locales. La característica innovadora del programa ha sido la de adoptar un modelo basado en la colaboración directa de los gobiernos locales: todos los países miembros de la Alianza han elegido a un grupo de representantes con diferentes *expertise* (*áreas de especialidad*) y capaces de reflexionar sobre las posiciones peculiares de cada país.

El enfoque adoptado, basado en un modelo de *governance* (*gestión*) “desde el vértice” lleva a considerar el programa global de eliminación de la filariasis linfática, un programa así llamado “vertical”. La literatura más reciente ha evidenciado con claridad los límites de los programas verticales, como la discontinuidad del tratamiento, focalización exclusiva en una sola enfermedad con ineficiente empleo de recursos para intervenciones de sistema, descuidada valoración epidemiológica y vigilancia post tratamiento, falta de integración y coordinación de las actividades con programas mayormente financiados con riesgo de duplicación de intervenciones y de recursos, e incluso falsificación de resultados con el fin de satisfacer las expectativas de los donantes [13]. La realización de programas así llamados «horizontales», por otra parte, requiere sistemas sanitarios con servicios de buena calidad y propagados en el territorio y sobre todo la presencia de un porcentaje de operadores de salud especializados –estimada por la Organización Mundial de la Salud en torno a 23 unidades de personal por cada 10,000 habitantes [14]– que representan condiciones con frecuencia difícilmente realizables en los países en vías de desarrollo, entre los cuales en particular está Bangladesh, que se encuentra en el umbral de 6 unidades de personal médico y paramédico por cada 10,000 habitantes. El uso de personal, que ya son funcionarios de las ONG’s y de vo-

luntarios pertenecientes a las comunidades locales en Bangladesh —como también sucede en otros países en vías de desarrollo— está dirigido precisamente a proveer a tal carencia de servicios y de personal sanitario [3, p. 2012 y ss.]. No obstante, por tanto, que el programa global de eliminación de la filariasis sea considerado un programa “vertical”, una de sus fortalezas ha sido ciertamente el éxito en la participación de las organizaciones presentes en el territorio y el contacto con las comunidades locales, según un modelo homologable al acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*).

3. El programa de eliminación de la filariasis linfática en Bangladesh

El gobierno de Bangladesh se ha adherido al programa global de eliminación de la filariasis linfática predisponiendo su propio plan nacional para la eliminación de la enfermedad antes del final del 2015 [15]. El programa nacional se ha desarrollado en torno a tres directivas principales:

- suministro en masa de fármacos;
- control de la tasa de morbilidad a nivel de las comunidades locales;
- campañas de sensibilización y educación de salud.

En la realización de los tres puntos del programa nacional han sido experimentadas medidas preventivas (control de los vectores de infección), el *case-management* (diagnóstico y tratamiento caso por caso), el suministro de fármacos de dosis única para toda la población de las áreas endémicas (quimioterapia preventiva) y, en fin, campañas de información y de educación sanitaria. No todas las medidas han demostrado una satisfactoria relación costo/eficacia, como, por ejemplo, el control de los vectores de infección, cuya concreta realización en términos económicos y organizativos se encuentra, en gran parte, con la dificultad de integrar la prevención

ambiental a las medidas ya existentes para el control de los vectores de la malaria en las zonas endémicas para ambas enfermedades [3; 16].³ Análogamente, el diagnóstico y el tratamiento caso por caso, si bien eficaces en el plano clínico, se han demostrado difícilmente sostenibles en el plano económico, dado que la individualización de los enfermos habría requerido, aun limitándose a los distritos endémicos, un *screening* (*cribado*) de población realizado en millones de individuos [4, p. 14 y ss.]. El verdadero punto de quiebre en el control, primero, y en la eliminación de la enfermedad, después, ha sido el desarrollo de tratamientos de quimioterapia preventiva a una dosis. La distribución de fármacos por parte de voluntarios locales en las sedes de trabajo y de instrucción, los lugares de culto, los locales, los mercados e incluso puerta por puerta se ha vuelto, en consecuencia, la estrategia electiva, con un nivel de cobertura y de efectiva ingesta de los fármacos que en 2010 había ya alcanzado entre el 77 y el 90 por ciento de la población en base a las diversas estimaciones [15, p. 18].

A los 15 años del inicio del programa, la penetración de la infección por filariasis linfática está por debajo del umbral de riesgo de difusión en la población [5]. Bangladesh ha completado también los dos ulteriores suministros agregados de fármacos necesarios para satisfacer los criterios de valoración del riesgo de transmisión (*Transmission Assessment Survey* TAS) [17, p. 453]. Después de estos éxitos, el país ha efectuado la valoración post tratamiento, realizado con base en cuanto está dispuesto por las líneas guía de la Organización Mundial de la Salud [6]. El objetivo actual del programa de eliminación de la filariasis linfática es el de establecer un mecanismo de vigilancia epidemiológica que permita su desenvolvimiento en el ámbito de las actividades ordinarias previstas por el sistema de salud nacional.

4. El acercamiento *community-driven* (impulsado por la comunidad)

El acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) ha demostrado ser una estrategia particularmente eficaz en el control de

las enfermedades tropicales por descuido, incluida la filariasis linfática. Los resultados de un estudio realizado en Ghana y en Kenya, por ejemplo, han mostrado que el suministro de fármacos a través del contacto directo con las comunidades locales ha alcanzado un nivel del 75% al 88%, umbral que es considerado suficiente para encaminar a los países hacia la eliminación de la enfermedad [18, p. 235].

La eficacia del acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) está dada por la capacidad de hacer todo el programa de tratamiento (prevención, diagnóstico, suministro de fármacos, vigilancia epidemiológica) comprensible y culturalmente aceptable, objetivo obtenido principalmente a través de la inclusión de la comunidad misma, a la cual es requerido indicar entre sus propios componentes las personas consideradas capaces de asumir el encargo de ocuparse del retiro y distribución de los fármacos y del control de su toma correcta.⁴ El lanzamiento del programa inicia con la información respecto de la enfermedad y con la discusión con los integrantes de la comunidad en relación con todos los aspectos del programa, incluidos los donadores de los fármacos, la contribución del gobierno, el rol de los organismos de salud locales y las eventuales formas de incentivo para los voluntarios [18]. La población de la comunidad tiene modo, además, de indicar las modalidades de distribución de fármacos que mejor se adaptan a los ritmos de vida y de trabajo, a los roles sociales y a las prácticas religiosas del pueblo [20].

Los voluntarios elegidos por la comunidad reciben una formación sanitaria de base que asegura las competencias necesarias para la selección de los enfermos, para el suministro de los fármacos y para la individualización de eventuales efectos adversos hasta el registro y transmisión de los datos clínicos al personal de salud. El gobierno y las organizaciones no gubernamentales han formado y activamente sostenido a los voluntarios de las comunidades locales en función de la organización y gestión de la asistencia sanitaria de base, entre las cuales están las campañas de los años 70 para la va-

cunación contra la viruela, las intervenciones en el territorio para la difusión de la terapia de rehidratación contra la diarrea infantil y posteriormente las campañas de educación sexual y reproductiva [3, p. 2014; 21].

Otro elemento central del acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) es el rol reconocido a la participación directa de la comunidad local también respecto al tratamiento. Ésta es animada a efectuar su propio monitoreo de los resultados del suministro de los fármacos y a informar al personal sanitario sobre eventuales problemas encontrados, lo que ha favorecido ciertamente la difusión a amplia escala hasta cubrir todo el territorio nacional [3, p. 2013].

La mayor contribución en términos de personal empleado para la asistencia de salud, la prevención y la educación en las comunidades locales es ciertamente atribuible a las organizaciones no gubernamentales y en particular a la BRAC,⁵ la principal ONG del país. La experiencia de los voluntarios de las ONG's ha sido de hecho determinante sobre todo en el contacto con las comunidades residentes en zonas rurales difícilmente alcanzables, privadas de infraestructura y de servicios, favoreciendo la aceptación cultural de los tratamientos y de las medidas de profilaxis y prevención. Una ulterior característica positiva es la capacidad de efectuar una frecuente y constante visita a domicilio a los enfermos, que ha asegurado, además de una efectiva cobertura sanitaria, también la verificación de la ingesta de fármacos y del correcto uso de los dispositivos sanitarios, de las preparaciones y del instrumental para el control de los vectores de infección.

La experiencia madurada desde los años 70 ha demostrado, además, la importancia motivacional para el personal empleado, representada por haber recibido una adecuada formación y por la presencia de una constante supervisión, mientras permanece controlada la posibilidad o no de prever una compensación económica o incentivo material para los voluntarios en cuanto una retribución,

aunque sea mínima, porque es difícilmente sostenible desde el punto de vista económico para los países de bajo rendimiento.

La motivación y la formación de los voluntarios se ha demostrado esencial para los fines de la eficacia del acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*). A modo de ejemplo, un reciente estudio con datos referentes a Uganda y a Nigeria, ha relacionado la extrema dificultad encontrada al contrastar en modo eficaz la difusión de la esquistosomiasis además del costo elevado del tratamiento (praziquantel), que limita fuertemente su disponibilidad [22]; con la escasa inversión en la formación de voluntarios por parte de los gobiernos. Un elemento para la adecuada inversión de recursos en la formación del personal médico y en la educación sanitaria de la población está representado por la prácticamente exclusiva ocupación de ellos en las actividades que proyectan, la consecución de objetivos a corto plazo a fin de corresponder a los requerimientos de los donadores de fármacos y de ayudas económicas.

Concluyendo, se puede afirmar que el acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) presenta diversos elementos fuertemente positivos, sobre todo en cuanto que, además de asegurar una efectiva y eficaz cobertura farmacológica de la población, también en las áreas más remotas, se ha demostrado capaz de incluir a las comunidades activando los recursos de las personas y de los grupos familiares en el uso de las medidas de prevención, en la gestión de la enfermedad, y en el motivar y adoptar hábitos y comportamientos de profilaxis cotidiana, realizando una primera forma de *empowerment* (*empoderamiento*) de las franjas más vulnerables de la población [23].

5. Las clínicas locales

Otro factor clave del éxito del acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) ha sido la construcción de referencias sanita-

rias locales –las así llamadas *community-clinic* (*clínicas comunitarias*)– capaces de ofrecer asistencia de base a la población⁶ y un más amplio acceso a fármacos y cuidados primarios [24]. Las *community-clinic* (clínicas comunitarias), si bien construidas a partir de 2000/2001 como parte del servicio público de salud, por un largo periodo han sido adecuadamente financiadas y han sido escasamente usadas en la distribución de fármacos. La actual política sanitaria ha reconocido su rol y ha previsto un financiamiento específico para el potenciamiento de la red de las clínicas locales al grado de asegurar la presencia de una clínica cada 6,000 habitantes [24; 25].

Un aspecto que se ha revelado significativo para contribuir a la eficacia de las clínicas comunitarias en términos de prevención, de *compliance* (*complacencia*) de la población y de contención de las patologías de mayor penetración es la calidad percibida de los servicios y de las relaciones en las terapias por parte de los usuarios: «La experiencia de Bangladesh, como la de China, de Nepal y de los otros países aporta una evidencia sustancial del hecho que la calidad percibida de los servicios de salud tiene un notable impacto en el nivel de uso. El insuficiente empleo de las instalaciones sanitarias de primera asistencia y del recurso a los voluntarios es debido a la desafección y a la percepción de una escasa calidad de la atención [...]» [26, p.2]. «Un factor que contribuye en medida significativa a la percepción de una calidad adecuada de la asistencia, además de una eficiente organización de los servicios, son las habilidades relacionales y la capacidad de atención del personal empleado, sobre todo en las intervenciones que abarcan aspectos de la vida privada particularmente delicados como la sexualidad y la reproducción» [26, p. 13].

Por cuanto concierne más directamente al tema de nuestro discurso, amerita, en fin, observar que en 2001 –como acción del programa de eliminación de la filariasis linfática– ha sido construido en *Nilphamari*, uno de los distritos sanitarios con mayor penetración de la enfermedad, un hospital especializado capaz de tratar cientos de enfermos cada año.

6. Equidad y capacitación

Como observa Amartya Sen [27], el mensaje que se puede obtener de la experiencia de Bangladesh es muy importante para los países comparables desde el punto de vista socio-político y que sufren una condición de pobreza devastante. Sen identifica algunos factores determinantes del proceso de transformación social que ha contribuido enormemente al neto mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de la población, entre los cuales, en primer lugar, está la reducción de la inequidad de género en algunos ámbitos fundamentales. La escolarización de las niñas y de las muchachas, con una tasa de frecuencia actualmente superior a la masculina, la participación difundida de las mujeres en las actividades productivas (entre las cuales está en primer lugar la industria textil y de la confección), junto a campañas eficaces para la salud reproductiva y para la planificación familiar, han tenido ciertamente un impacto significativo en la reducción de las desigualdades de género, con consecuencias positivas en la salud y en la calidad de vida de toda la comunidad. Un ulterior factor que ha caracterizado en modo peculiar el proceso de desarrollo de Bangladesh ha sido la adopción de un «modelo pragmático y pluralista» [28] que ha permitido integrar al interior de los programas comunes, sector público, sector privado, organizaciones no gubernamentales, previendo instrumentos de regulación e intervenciones en el territorio muy diversificadas entre sí. El mismo Amartya Sen, en fin, pone en evidencia la importancia de haber realizado un acercamiento innovador dirigido al contacto con el territorio (*“community-driven” (impulsado por la comunidad)*).

De acuerdo con nuestro análisis, el segundo y el tercer factor presentan un particular interés en cuanto que están más directamente relacionados con el éxito obtenido en el control de las enfermedades, entre las cuales la filariasis linfática. Siguiendo una sugerencia del mismo Amartya Sen, nos parece poder afirmar que los resultados conseguidos en Bangladesh puedan ser interpretados en

la óptica del modelo dirigido a la capacitación. Tal modelo –poniéndose como alternativa a la impostación formal de la tradición contractualista, dirigido a la distribución equitativa de bienes y a la tutela de los derechos– dirige el objetivo de la acción política a la realización de condiciones económicas, culturales y sociales que permitan a las personas realizar concretamente “aquello que son y aquello que son capaces de hacer”. «La idea de capacitación (definida como la posibilidad de alcanzar una válida combinación de aquello que constituye el funcionamiento de un ser humano o bien aquello que una persona es capaz de ser y de hacer) puede ser de mucha ayuda en la comprensión de los aspectos conexos al rol jugado por la oportunidad en el ejercer las libertades y los derechos humanos. A decir verdad, el concepto de oportunidad es invocado frecuentemente sin darle ninguna elaboración significativa; por este motivo la idea de capacitación puede sernos de ayuda para aclarar mejor su significado. Por ejemplo, interpretar la oportunidad en términos de capacitación nos permite distinguir en modo adecuado: *i*) el caso de una persona que es efectivamente capaz de hacer las cosas que consideraría de valor hacer, de la situación y *ii*) de una persona que posee simplemente los medios, los instrumentos o tiene el permiso de perseguir aquello que le gustaría hacer (su habilidad efectiva de perseguir tal objetivo puede depender de muchas circunstancias contingentes)» [29, p. 153].

Tal modelo parece describir en modo adecuado cuanto es realizado en Bangladesh por parte de algunas ONG's, que han configurado su acción, antes que sobre el directo y exclusivo sustento económico de las franjas pobres de la población, sobre el *empowerment* (*empoderamiento*) político y cultural –en particular de las mujeres– como medida de transformación social y para la equidad de género. Tales iniciativas han tenido en su conjunto un efecto sobre el desarrollo económico mayor y más duradero respecto de las acciones dirigidas exclusivamente al sostenimiento de las actividades productivas a través del instrumento del microcrédito, demostrando indirectamente la eficacia de las concepciones de política económica dirigi-

das al desarrollo humano además de al crecimiento.⁷ Un ejemplo en este sentido está representado por las actividades de *Nijera Kori*, una de las pocas ONG's de Bangladesh que ha mantenido el compromiso original de la transformación social a través de lo que puede ser descrito como «un radical acercamiento dirigido a la capacitación: reforzar las capacidades individuales de las mujeres y de los hombres pobres, sus conocimientos, su consciencia crítica y de análisis de contexto a fin de desarrollar su competencia política en el pensar y actuar como ciudadanos. En consecuencia, mientras Sen ha puesto en evidencia cómo los derechos humanos puedan ser interpretados como afirmación de capacidades particulares, el acercamiento de NK puede ser entendido como dirigido al desarrollo de capacidades para poder reivindicar derechos humanos fundamentales» [31, p. 48].

El haber realizado las condiciones sociales y de *empowerment* (*empoderamiento*) político y cultural de las mujeres, ha hecho posible la adquisición de capacidades determinantes también respecto del mejoramiento de las condiciones de salud de la población, como es evidenciado por los resultados obtenidos por los programas de educación sanitaria, entre los cuales está en primer lugar el de instruir a las madres en el uso de la rehidratación para tratar los efectos de la diarrea infantil realizado por la ONG BRAC [1, p. 1741; 21, p. 2035], o las campañas de educación reproductiva promovidas por el gobierno: «los programas de planificación familiar han sido capaces de aumentar la aceptación social y de crear una cultura de la contracepción incluso en la áreas más pobres. A partir de los años 90 casi todas las mujeres han sido contactadas por lo menos una vez por la asistente familiar y más de un tercio han sido atendidas en casa cada seis meses. El haber asegurado el contacto directo ha sido particularmente importante en una época en la cual los condicionamientos culturales limitaban mucho la movilidad de las mujeres» [21, p. 2032].

Amerita concluir estas breves observaciones refiriendo un testimonio directo, particularmente significativo: «Las relaciones con

Grameen Bank (una ONG especializada en el microcrédito N.d.R.) estaban basadas en los préstamos. Aun si se te había muerto un familiar, debías pagar la mensualidad. Al momento del acuerdo para el préstamo, habían dicho claramente que incluso si se te hubiese muerto un hijo recientemente, debías pagar la cuota del préstamo. Si te parecían bien estas condiciones, podías obtener el préstamo. No se ocupaban de cómo podíamos cambiar de modo de pensar, de cómo podríamos mejorar. Con *Nijera Kori* no se trata de dinero. Ellos no nos dan dinero, sino consejos sobre cómo podemos mejorar nuestra vida, y sobre qué cosa podemos hacer para crear un futuro más positivo para nosotras mismas. Antes éramos ignorantes, ahora nos hemos vuelto sabias» [31, p. 62] E incluso: «Si mi marido me corre, si me amenaza diciendo que se quiere divorciar aun si yo quiero estar con él, yo voy al grupo de ayuda (*samity*). Ellos hacen algo por mí, estoy segura. [...] Si alguien va al grupo de ayuda (*samity*) de NK y les informa de casos como éstos, ellos protestan. Las personas que trabajan para *Grammen* no lo hacen. Ellos no vienen a ayudarte, las relaciones están basadas sólo en los préstamos» [31, p. 63].

7. Interpretación de los resultados y cuestiones éticas

¿Es posible obtener un modelo de *governance* (*gestión*) de las NTDs⁸ de la experiencia de Bangladesh?

Ha sido observado que el éxito de Bangladesh parece demostrar que «es necesario comenzar con los problemas más relevantes y que pueden ser más fácilmente resueltos; extender las soluciones a fin de alcanzar a todos; agregar nuevas estrategias, una a la vez, en la medida en que los sujetos a los cuales son dirigidas sean conscientes de sus necesidades y de los medios que son oportunos para poderlas afrontar. Esta es la lección que se puede obtener de Bangladesh para todos los países. Los éxitos alimentan otros éxitos porque aportan renovada confianza, esperanza y determinación. Viceversa,

el deberse enfrentar al mismo tiempo con múltiples retos al interior de un programa que quiere ser exhaustivo puede tener como resultado una insuficiente cobertura de la población, desmotivación y un persuasivo sentido de derrota. Los logros concretos obtenidos en Bangladesh contra toda probabilidad están basados en la voluntad de afrontar un problema a la vez y con el compromiso de alcanzarlos todos. Si esto puede definirse un “programa vertical” entonces que así sea. Sin embargo, ejemplos de esfuerzos para el desarrollo que hayan conseguido un éxito de tan amplia escala no son tan frecuentes como para ignorar un acercamiento que indudablemente ha funcionado» [32, p. 1037].

De las reflexiones expuestas hasta aquí es quizá posible derivar un modelo teórico para la *governance* (*gestión*) de las intervenciones dirigidas a asegurar la cobertura sanitaria y la lucha contra las enfermedades por descuido y la pobreza. Nunca como el caso de Bangladesh se ha visto evidente cómo una contraposición eficaz contra las enfermedades por descuido pueda ser conseguida a través de un acercamiento socio-sanitario integral dirigido, por un lado, a eliminar los determinantes socio-económicos de las enfermedades y, por otro lado, a integrar los programas que tienen como objetivo la eliminación de patologías concretas. Bangladesh, en otras palabras, representa un ejemplo positivo de la revolución del acercamiento a la lucha contra las enfermedades por descuido, que ha llevado a la superación del modelo exclusivamente biomédico a favor del acercamiento dirigido a intervenciones capaces de modificar los determinantes socio-económicos de las enfermedades [33-34].

Queriendo proponer una lectura sobre un plano más estrictamente teórico, es posible identificar algunos criterios que parecen haber guiado, si bien implícitamente, la acción del gobierno y de las organizaciones locales en la lucha contra las enfermedades. En primer lugar, la decisión de elegir preliminarmente los problemas y de establecer su prioridad. Un factor innovador al respecto, como se ha mencionado, parece estar dado por el haber elegido como criterio

para establecer las prioridades el balance entre urgencia y resolutiveidad. Las mayores inversiones en términos de recursos económicos, humanos y técnicos, en otras palabras, han sido destinadas a los problemas que, con igual gravedad, muestran una mayor posibilidad de ser resueltos. Este criterio podría ser, con buenas razones, considerado una ampliación del principio de optimización de los recursos, no sólo económicos.

Una ulterior dirección que resulta evidente es la adopción de una política dirigida a la expansión gradual de los servicios sanitarios hacia todos los ciudadanos. Tal política parece haber aplicado el principio de universalidad de los tratamientos, a través de una impostación fuertemente pragmática, que ha preferido la consolidación de algunos resultados antes de extender el servicio a las zonas rurales más difícilmente alcanzables, como está demostrado por el proceso de realización de las *community-clinic* (*clínicas comunitarias*).

Un elemento que merece ser evidenciado, además, ha sido la atención a la reducción de las inequidades. Como lo mencionamos, la eficacia de tales intervenciones en el sustento a la pobreza y en la promoción del desarrollo económico en Bangladesh no es medible en términos de bienes económicos adquiridos, o de simple circulación de los capitales al interior del país, cuanto más bien, en el mejoramiento integral de las condiciones de vida de los ciudadanos, a la par del desarrollo económico con otras naciones del Asia meridional parangonables por cultura y características sociales y demográficas [35, p.3].

Una observación conclusiva, en fin, se hace respecto de la capacidad demostrada en las intervenciones realizadas en Bangladesh de proponer soluciones adecuadas no sólo a la naturaleza de los problemas, sino a la comprensión de los mismos y a la aceptabilidad cultural de las soluciones propuestas. Un ejemplo particularmente significativo, como se ha ilustrado en las páginas precedentes, está constituido por la modalidad de realización del acercamiento *community-driven* (*impulsado por la comunidad*) que ha visto una

fuerte participación por parte de la comunidad, tanto en la comprensión de los problemas como en la colaboración efectiva en los programas.

Una última consideración, por desgracia de signo inverso, es en cambio hecha sobre la escasísima transparencia de los mecanismos del poder político y de redistribución de los recursos públicos que caracteriza al país, el cual ha tenido por años y tiene todavía una elevada tasa de corrupción, colocándose en el 26° lugar entre los 176 países examinados por *Transparency International* (*Transparencia Internacional*) en 2016.⁹ Una organización social caracterizada por una limitada movilidad social —a causa de un sistema de clases sociales derivadas de las tradicionales castas— unida a un ingreso en la economía de mercado que ha favorecido casi exclusivamente las clases sociales predominantes, de los mecanismos de gestión de los recursos públicos poco transparentes y, en fin, una escasa cultura democrática en la población, son algunos de los elementos más evidentes. No obstante tales límites, sin embargo, el país está actualmente en fase de transición epidemiológica de la prevalencia de enfermedades infecciosas y agudas hacia la prevalencia de patologías crónicas y degenerativas. Dicha transición y la creciente solicitud por parte de los ciudadanos de tratamientos y cuidados sanitarios, sobre todo en el contexto urbano, han llevado a la oferta en el mercado, de prestaciones pagadas, frecuentemente de escasa calidad y económicamente onerosas [36]. El nuevo desafío para Bangladesh es, por tanto, el de asegurar un fuerte incentivo a mecanismos capaces de asegurar transparencia y responsabilidad en las políticas sanitarias y en la gestión de las instituciones [37].¹⁰

8. Actualidad de los principios éticos de la Declaración de Alma Ata

Cuanto hasta ahora se ha examinado puede ser interpretado como un ejemplo concreto de la actualidad y de la centralidad de algunos

principios éticos puestos como fundamento de las declaraciones internacionales sobre la cobertura sanitaria universal. Es significativo observar cómo tanto la *Declaración de Alma Ata sobre la asistencia sanitaria primaria* [39], como los más recientes pareceres de la Organización Mundial de la Salud sobre la cobertura sanitaria universal [40], reafirman con fuerza el rol que los principios éticos tienen en toda planificación de las prioridades de las intervenciones y en la programación de las actividades en el territorio. La filosofía sobre la cual se inspira la *Declaración de Alma Ata*, basada en una fuerte acentuación de la asistencia sanitaria como factor de justicia social, ha sido recientemente revalorada precisamente por la importancia atribuida a la participación de las comunidades locales en la definición misma de los objetivos y de las prioridades sanitarias, y por la previsoría indicación de la necesidad de integrar los planos sanitarios con una acción más integral sobre los determinantes sociales de la salud [34]. A este respecto, la experiencia de Bangladesh es mencionada como ejemplo de buen funcionamiento de tal estrategia de intervención integrada: «La colaboración entre instituciones relativas a sectores diversos del de la salud, es generalmente considerada un aspecto no relevante de la asistencia sanitaria primaria, sobre todo porque tales sectores tienen sus prioridades y responsabilidades, y no consideran de su propia competencia las cuestiones sanitarias. [...] El mejoramiento de la salud de la población de países como Sri Lanka, Cuba, Costa Rica, y Bangladesh ha de atribuirse a la realización de obras públicas, al acceso a la educación, al desarrollo de la agricultura, al otorgamiento de microcréditos y a la creación de puestos de trabajo, así como a las iniciativas en el ámbito sanitario. Las políticas nacionales pueden facilitar tal colaboración, pero sólo la acción en el territorio puede lograr que las sinergias se realicen efectivamente» [34, 924].

Merece mencionar cómo la misma Organización Mundial de la Salud, recientemente ha reafirmado el rol que los principios éticos tienen en el orientar la acción de los programas para la realización

de la cobertura sanitaria universal. Tal cuadro de principios puede ser sintetizado como sigue:

— *disponibilidad*: todo recurso significativo (instrumental, programas, recursos humanos, materiales y productos) necesario para la erogación de prestaciones y servicios sanitarios debe estar disponible en cantidad suficiente para las necesidades de la población, y debe ser provisto lo más cerca posible de los usuarios;

— *accesibilidad*: los servicios de salud deben ser accesibles a todos aquellos que muestren tener necesidad. La accesibilidad debe abarcar el alcance físico, la disponibilidad de información, la equidad y la no discriminación;

— *sustentabilidad económica*: las prestaciones sanitarias deben ser económicamente sostenibles por la población, sobre todo en los países de bajo rédito, contextos en los cuales también una modesta contribución económica puede desanimar una solicitud de atención;

— *calidad*: todos los recursos significativos para la salud deben ser de calidad apropiada;

— *adecuación*: la organización de los servicios de salud debe tener en cuenta las peticiones de los individuos, y tomar en consideración las condiciones de salud, el ambiente y las características personales de los usuarios (edad, género, estilo de vida, etc.);

— *aceptabilidad*: las personas deben estar activamente incluidas en todas las fases del proceso de tratamiento a fin de poder tomar decisiones y mantener el control sobre las opciones que les atañen. Esto significa también que quien eroga los servicios de salud debe responder a las exigencias de las personas;

— *equidad*: la equidad en el acceso requiere que todas las personas puedan obtener los servicios de salud que necesitan sin sufrir por esto un inconveniente económico [40, p. 9].

Algunos objetivos alcanzados por Bangladesh son ciertamente coherentes con los principios éticos en los cuales se inspiran la *Declaración de Alma Ata* y el programa para la cobertura sanitaria universal

promovido por la Organización Mundial de la Salud. Ha de observarse cómo la realización práctica de tales principios requiere, como es evidente, intervenciones “de sistema” dirigidos a crear estructuras, a activar servicios y a formar *in loco* (en el lugar) personal dedicado. Leídos en esta perspectiva los éxitos en el ámbito sanitario obtenidos en Bangladesh, si bien absolutamente relevantes, aparecen más bien como la consecución de objetivos definidos dirigidos a grupos específicos y franjas de población, en la óptica pragmática y gradual evidenciada más arriba. El logro de tales objetivos ha tenido de hecho un impacto positivo en todo el grupo social, como se ha demostrado por los programas dirigidos a la educación sanitaria de las mujeres y a la salud materno infantil. Se trata, sin embargo, de intervenciones todavía no estructurales y sobre todo no orientadas a asegurar una efectiva equidad en el acceso a la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos.

Existen además otros aspectos más directamente relacionados con el crecimiento económico y con la “transición epidemiológica” que crean nuevos riesgos de empobrecimiento y emergencias sanitarias para amplias franjas de población, sobre todo en las áreas urbanas. Este fenómeno de transformación social requiere la capacidad, por parte de las instituciones gubernamentales, de consolidar los resultados alcanzados, extendiéndolos al grado de incluir a “los más pobres entre los pobres” y, al mismo tiempo, hacer frente a la creciente demanda de cuidados para las enfermedades crónicas y degenerativas. Tales nuevas necesidades de atención han generado una oferta de servicios sanitarios privados, frecuentemente de escasa calidad y con costos económicos relevantes para muchos ciudadanos. Los éxitos obtenidos corren el riesgo de ser en parte banalizados por el surgimiento de nuevas formas de inequidad en el acceso a los tratamientos. Realizar concretamente cuanto es requerido por los principios de calidad de los servicios y de equidad en el acceso, representa para Bangladesh un reto ético y político más que nunca actual.

Referencias bibliográficas

¹ TBC es Tuberculosis (n.d.t.).

² Ver también la página dedicada a la filariasis linfática en la dirección http://www.who.int/lymphatic_filariasis/disease/en.

³ En áreas coendémicas para la malaria y para la filariasis, por ejemplo, ha sido realizado un único mapeo epidemiológico basado en el *screening* de población –dada la dificultad de contactar y llegar a las comunidades locales– y un uso único de instrumentos para el control de los vectores –sobre todo mosquiteros impregnados de insecticidas– y el suministro de una atenta dosis de fármacos usados en el tratamiento de ambas enfermedades) [3, p. 163]. Ver también D. Mupfasoni, A. Montresor, A. Mikhailov, J. King, *The Impact of Lymphatic Filariasis Mass Drug Administration Scaling Down on Soil-Transmitted Helminth Control in School-Age Children* [16].

⁴ La misma Organización Mundial de la Salud, reconociendo el rol esencial representado por los voluntarios y por los trabajadores informales para la salud, ha lanzado un programa dirigido a individualizar estándares para la formación, valoración y reconocimiento de su trabajo. Cfr World Health Organization (WHO), *Global Strategy on Human Resources for Health* [19].

⁵ BANGLADESH RURAL ADVANCEMENT COMMITTEE (Comité de Progreso Rural de Bangladesh) (n.d.t.).

⁶ Como asistencia materno-infantil, salud reproductiva, vacunaciones, educación alimenticia y distribución de micronutrientes, educación sanitaria, control de las infecciones, primeros auxilios y recolección de datos sobre el estado de salud de la población y transmisión a las instituciones sanitarias de segundo y tercer nivel.

⁷ Ver, por ejemplo, A. Sen, *Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia* [30].

⁸ Neglected Tropical Diseases (enfermedades tropicales por descuido) (n.d.t.).

⁹ Ver la relación en el sitio https://www.transparency.org./news/feature/corruption_perceptions_index:2016.

¹⁰ Ver también el modelo de equidad para la cobertura sanitaria universal propuesto en la reciente relación del grupo de trabajo *ad hoc* de la Organización Mundial de la Salud [38].

Bibliografía

1. CHOWDHURY, A.M., BHUIYA, A., CHOWDHURY, M.E., RASHEED, S., HUSSAIN, Z., CHEN, L.C. The Bangladesh paradox: exceptional health achievement despite economic poverty. *Lancet* 2013; 382 (9906): 1734-1745.

2. DAS P., HORTON, R. Bangladesh: innovating for health. *Lancet* 2013; 382 (9906): 1681-1682.

3. EL ARIFEEN, S., CHRISTOU, A., REICHENBACH, L., OSMAN, F.A., AZAD, K., ISLAM, K.S., AHMED, F., PERRY, H.B., PETERS, D.H. Community-based approaches and partnerships: innovations in health-service delivery in Bangladesh. *Lancet* 2013; 382 (9906): 2012-2026.
4. Ministry of Health & Family Welfare. Government of Bangladesh, Neglected tropical diseases in Bangladesh. USAID, 2010 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/pnady849.pdf).
5. SHAMSUZZAMAN AKM., HAQ, R., KARIM, M.J., AZAD, M.B., MAHMOOD ASMS, KHAIR, A, *ET. AL.* The significant scale up and success of Transmission Assessment Surveys "TAS" for endgame surveillance of lymphatic filariasis in Bangladesh: One step closer to the elimination goal of 2020. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 2017; 11 (1): e0005340.
6. World Health Organization (WHO). Validation of Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254377/1/9789241511957-eng.pdf?ua=1>).
7. NDEFFO-MBAH, M.L., GALVANI, A.P. Global elimination of lymphatic filariasis. *Lancet Infect Dis.* 2017; 17 (4): 358-359.
8. World Health Organization (WHO). Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2013, *Weekly epidemiological record*, 19 september 2014, 89th year, no. 38, 2014, 89.
9. World Health Organization (WHO). Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2015, *Weekly epidemiological record*, 30 September 2016, 91th year, no. 39, 2016, 91.
10. World Health Organization (WHO). Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis, 2010 (http://www.who.int/neglected_diseases/en).
11. World Health Organization (WHO). Fiftieth World Health Assembly. Elimination of Lymphatic Filariasis as a Public Health Problem, *Risoluzione WHA 50. 29*, 13 maggio 1997.
12. World Health Organization (WHO). Global programme to eliminate lymphatic filariasis (GPELF), 2000 (http://www.who.int/lymphatic_filariasis/elimination-programme/en/).
13. GYAPONG, J.O., GYAPONG, M., YELLU, N., ANAKWAH, K., AMOFAH, G., BOCKARIE, M., ADJEI, S. Integration of control of neglected tropical diseases into health-care systems: challenges and opportunities. *Lancet* 2010; 375 (9709): 160-165.
14. World Health Organization (WHO). Density of doctors, nurses and midwives in the 49 priority countries. In WHO. *Global Atlas of the Health Workforce*. 2010.
15. Ministry of Health & Family Welfare, Government of Bangladesh. A situation analysis: Neglected Tropical Diseases in Bangladesh, December 2010.
16. MUPFASONI, D., MONTRESOR, A., MIKHAILOV, A., KING, J. The Impact of Lymphatic Filariasis Mass Drug Administration Scaling Down on Soil-Transmitted Helminth Control in School-Age Children. Present Situation and Expected Impact from 2016 to 2020. *PLoS Neglected Tropical Diseases* 2016; 10 (12): e0005202.
17. World Health Organization (WHO). Global program to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2015, *Weekly epidemiological Report*, n. 39 2016.

18. AMAZIGO, U.V., LEAK, S.G., ZOURE, H.G., NJEPUOME, N., LUSAMBA-DIKASSA, P.S. Community-driven interventions can revolutionise control of neglected tropical diseases. *Trends in Parasitology* 2012; 28 (6): 231-238.
19. World Health Organization (WHO). Global Strategy on Human Resources for Health. Workforce 2030. 2016.
20. TAGLIAFERRI, E. Village health workers: il ruolo delle comunità locali nei programmi sanitari dei paesi poveri. *Saluteinternazionale.info* (<http://www.saluteinternazionale.info/2009/08/village-health-workers-il-ruolo-delle-comunita-locali-nei-programmi-sanitari-dei-paesi-poveri/?pdf=2754>).
21. ADAMS, A.M., RABBANI, A., AHMED, S., MAHMOOD, S.S., AL-SABIR, A., RASHID, S.F., EVANS, T.G. Explaining equity gains in child survival in Bangladesh: scale, speed, and selectivity in health and development. *Lancet* 2013; 382 (9909): 2027-2037.
22. KOLACZINSKI, J.H., KABATEREINE, N.B., ONAPA, A.W., NDYOMUGYENYI, R., KAKEMBO, ASL AND BROOKER, S. Neglected tropical diseases in Uganda: the prospect and challenge of integrated control. *Trends Parasitol* 2007; 23 (10-13): 485-493.
23. KATABARWA, M.N., RICHARDS, F.O. Jr. Community-directed health (CDH) workers enhance the performance and sustainability of CDH programmes: experience from ivermectin distribution in Uganda. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology* 2001; 95 (3): 275-286.
24. World Health Organization (WHO). Community-clinic in Bangladesh: bringing health care to the doorsteps of rural people. 2017 (<http://www.searo.who.int/mediacentre/events/community-clinics-bangladesh-tory/en/>).
25. U.S. Agency for International Development. Community Clinic in Bangladesh Sets a New Standard of Care, 2014. Bangladesh Nutrition Profile (http://www.usaid.gov/sites/default/files/documents/1864/USAIDBangladesh_NCP.pdf).
26. KARIM, R.M., ABDULLAH, M.S., RAHMAN, A.M., ALAM, A.M. Identifying role of perceived quality and satisfaction on the utilization status of the community clinic services; Bangladesh context. *BMC Health Services Research* 2016; 16: 204.
27. SEN, A. What's happening in Bangladesh? *Lancet* 2014; Dec. 21.
28. AHMED, S.M., EVANS, T.G., STANDING, H., MAHMUD, S. Harnessing pluralism for better health in Bangladesh. *Lancet* 2013; 382: 1746-1755.
29. SEN, A. Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development* 2005; 6(2): 151-166.
30. SEN A. Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia. Milano: Mondadori; 2011.
31. KABEER, N., SULAIMAN, M. Assessing the Impact of Social Mobilization: Nijera Kori and the Construction of Collective Capabilities in Rural Bangladesh. *Journal of Human Development and Capabilities* 2015; 16 (1): 47-68.
32. ROHDE, J.E. Health in Bangladesh: lessons and challenges. *Lancet* 2014; 383 (9922): 1036-1037.
33. World Health Organization (WHO). Commission on Social Determinants of Health. Closing gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health; 2008.

34. LAWN, J.E., ROHDE, J., RIFKIN, S., WERE, M., PAUL, V.K., CHOPRA M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008; 372 (9642): 917-927.
35. DREZE, J., SEN, A. La crescita come strumento di sviluppo e non come fine in sé. *Italianieuropei* 1/2012 (<http://www.italianieuropei.it/it/italianieuropei-1-2012/item/2435-lacrescita-come-strumento-di-sviluppo-e-non-fine-in-se.html>).
36. AFSANA, K., WAHID, S.S. Health care for poor people in the urban slums of Bangladesh. *Lancet* 2013; 382 (9910): 2049-2051.
37. ADAMS, A.M., AHMED, T., EL ARIFEEN, S., EVANS, T.G., HUDA T., REICHENBACH, L.; Lancet Bangladesh Team. Innovation for universal health coverage in Bangladesh: a call to action. *Lancet* 2013; 382 (9910): 2104-2111.
38. World Health Organization (WHO). Making fair choices on the path to universal health coverage; 2014.
39. Alma Ata Declaration on primary health care. Alma Ata; 1978.
40. World Health Organization (WHO). Universal Health Coverage: supporting country needs; 2012.