

SALUD PÚBLICA INTERNACIONAL Y MUNDIAL: GOBERNANZA Y TEMAS ÉTICOS

George A. O. Alleyne

Introducción

El término “salud mundial” (*global health*) está muy en boga actualmente y parece estar reemplazando a la salud internacional como el marco en el que se debate sobre la gobernanza y, en menor grado, sobre las cuestiones éticas relacionadas con la salud de las poblaciones. En este artículo se examinarán los orígenes de las preocupaciones en materia de salud internacional y las razones por las que recientemente hay una predilección por la salud mundial, y se describirán algunas consideraciones sobre su gobernanza y su ética. A menudo no se aprecia el modo en que han evolucionado la teoría y la práctica en la salud internacional a lo largo de los años, junto con los cambios en las relaciones entre los Estados y la mejora de la conectividad en todos los ámbitos, que forman parte del concepto actual de globalización.

La historia de la participación internacional

La historia y las preocupaciones por la salud internacional y el trabajo en este ámbito han sido adecuadamente descritos en varios estudios, y este artículo se basa en gran medida en los de Howard-Jones (1950, 1977, 1978) y Goodman (OMS, 1978). La génesis de la cooperación moderna entre los Estados en materia de salud puede encontrarse muy claramente en la preocupación por las enfermedades infecciosas y el progresivo conocimiento acerca de sus causas. La peste fue una de las primeras grandes epidemias registradas en los países occidentales, y su repercusión en la economía y demás consecuencias en Europa fueron sencillamente catastróficas (Herlihy, 1997). Las medidas para prevenir la peste estuvieron muy vinculadas al comercio marítimo, y el sistema de la cuarentena como medida preventiva tuvo su origen en la necesidad de garantizar que las embarcaciones que entraban en un puerto no fueran portadoras de enfermedades infecciosas. Resulta interesante recordar que las naciones que eran menos entusiastas acerca de la cuarentena basaran sus objeciones en el hecho de que esas medidas

servían para frenar y dificultar el comercio. Howard-Jones (1950) cita un informe británico sobre la cuarentena de 1849, en el que se señalaba que “la única seguridad auténtica contra las enfermedades epidémicas es un suministro abundante y constante de aire puro”. En otra cita se expresa esta idea de modo más directo:

la posibilidad de que la peste sea siquiera contagiosa es un asunto discutible, y la mayoría de las pruebas conducen a pensar que en ocasiones lo es, pero que por lo general la peste no se propaga de este modo. La desaparición de esta plaga de nuestro país y de la mayor parte de los demás países de Europa se debe, indudablemente, al gran aumento de la atención que se presta al drenaje, la ventilación y la prevención de la acumulación de suciedad en las calles, etc. Se ha comprobado que cuando se dan las condiciones atmosféricas particulares de las que depende su difusión, la cuarentena no basta para impedir su propagación.

Dada la posición de Gran Bretaña en el mundo, su predominio en el transporte marítimo a nivel mundial y su postura mercantilista, esta opinión no resulta sorprendente.

Las epidemias de cólera, que procedían de Asia, sustituyeron a la peste como la enfermedad infecciosa más preocupante a finales del siglo XIX, y aunque Koch demostró la base bacteriana del cólera en 1884, pasaron decenios antes de que esta información pudiera influir en las medidas de cooperación para controlar la enfermedad. Ante las epidemias reiteradas de cólera y la aprensión creciente ante la dificultad de contenerlas, las grandes potencias empezaron a reunirse en conferencias para debatir la posibilidad de adoptar medidas de colaboración para reducir la amenaza de las enfermedades epidémicas. La historia de las Conferencias Sanitarias Internacionales, la primera de las cuales tuvo lugar en París en 1851, ha sido muy bien descrita (Goodman, 1971; Howard Jones, 1977; 1978). Se convocaron para debatir sobre las medidas que debían adoptar las naciones para controlar las enfermedades, pero tuvieron que celebrarse siete reuniones de este tipo antes de que se firmase la Convención Sanitaria Internacional, y hasta 1903 el mundo no contó con una convención que introdujera cierta uniformidad de criterios entre las naciones participantes contra la importación de la peste y el cólera. El acuerdo sobre la Convención Sanitaria condujo de manera natural a plantearse la posibilidad de un cuerpo permanente para coordinar el trabajo sanitario internacional necesario.

Las organizaciones internacionales de salud

El primero de estos cuerpos fue la Office International d'Hygiene Publique (OIHP), con sede en París, que al principio estaba orientada principalmente a sistematizar y recopilar los resultados de las sucesivas Convenciones Sanitarias, que con el tiempo, llegaron a incluir el tifus y la fiebre amarilla como enfermedades preocupantes a nivel internacional. Después de la primera guerra mundial se estableció una organización internacional de salud independiente bajo el auspicio de la Sociedad de Naciones. En la política internacional de poder, examinar las maquinaciones que impidieron la formación lógica de un solo órgano resulta una lección de gran utilidad. Por ejemplo, los Estados Unidos no eran miembros de la Sociedad de Naciones, pero en cambio fueron uno de los oponentes más insistentes y eficaces del establecimiento de un solo órgano coordinador (Goodman, 1971). Es importante darse cuenta de que el trabajo de estos órganos era esencialmente informativo, y consistía en informar sobre la presencia de enfermedades y aconsejar a los países sobre las medidas a tomar.

El trabajo de la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller, establecida en 1913, y el de la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, establecida en 1919, a menudo se mencionan como ejemplos de las actividades internacionales realizadas por organizaciones no gubernamentales. No hay duda de que su labor tuvo un efecto muy positivo en la salud de la población en muchos países. El trabajo de la Fundación Rockefeller en la lucha contra la fiebre amarilla en el Perú, por ejemplo, fue de vital importancia (Cueto, 2001) y se considera que su campaña para la erradicación de las uncinarias en los Estados Unidos desempeñó un importante papel en la erradicación del “germen de la pereza” y contribuyó al desarrollo económico de esa parte del país (Ettling, 1981). Sin embargo, a pesar de que el trabajo de estas organizaciones se califica de oficial, no son verdaderamente internacionales, porque no incluían ninguna cooperación entre las naciones.

Tras el final de la segunda guerra mundial se formó la Organización Mundial de la Salud como el único cuerpo responsable de coordinar las actividades de salud internacional y se acordó que incorporaría el trabajo y los mandatos de las organizaciones internacionales de salud ya existentes. Este breve panorama histórico sería incompleto si no se señalara que los países de América ya habían formado su cuerpo coordinador en

materia de salud internacional en 1902, la Oficina Sanitaria Panamericana, cuyo objetivo explícito era coordinar la recopilación de información y la sistematización de las prácticas para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas en las Américas (Pro Salute Novi Mundi, 1992).

Las tres fases de las actividades en el ámbito de la salud internacional

Si limitamos nuestro análisis a un período que comience con el siglo XX, el lapso que va hasta la formación de la Organización Mundial de la Salud puede considerarse como la primera fase del aumento del interés en la salud internacional y del desarrollo de algo semejante a un trabajo de colaboración sanitaria internacional. La característica más importante de esta fase es que representó el esfuerzo por controlar las enfermedades infecciosas “en la frontera” (Arhin-Tenkorang, 2003) de cada uno de los países. Todas las medidas, empezando por la cuarentena, iban dirigidas a impedir la entrada de las enfermedades o evitar que estas salieran de la zona afectada. Esto último se logró mediante normas para la inspección de los puertos a fin de velar por que los buques no fuesen portadores de la infección ni se infestaran una vez allí. Se ha señalado que, dadas las diferencias en la prevalencia de las enfermedades entre los países ricos y los pobres, el objetivo principal fue impedir que las enfermedades de los pobres afectaran a los ricos. Aginam denomina a esto la era del aislacionismo, y en ella el mundo desarrollado consideró el mundo en desarrollo como un reservorio de pestilencia y enfermedades. “*La ‘realpolitik’ de la diplomacia de salud pública en el siglo XIX impulsada por las conferencias sanitarias internacionales fue el deseo de proteger a la Europa civilizada de las enfermedades y los agentes patógenos exóticos que procedían de las sociedades sin civilizar no europeas*” (Aginam, 2004).

La segunda característica fue el aspecto utilitario. La prevención de las enfermedades era importante, no sólo en lo relativo a la condición humana, sino también para el comercio. Así pues, el Código Sanitario Panamericano de 1924, que es el tratado oficial en que se basa la actual Organización Panamericana de la Salud, establece específicamente que su objetivo es:

Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o

estorbo innecesarios [al comercio y la comunicación internacionales] (Código Sanitario Panamericano, 2002).

La tercera característica de esta fase es que todas las preocupaciones en materia de salud se centraban en los países por separado. No había ningún interés explícito en la salud de las personas a escala mundial y, por consiguiente, la cooperación no se extendía a proporcionar asistencia para mejorar sistemáticamente la salud de las personas más pobres y menos sanas del mundo. Por último, esta fase de la salud internacional se caracterizó por acuerdos colectivos entre los gobiernos en calidad de representantes de Estados-nación. En efecto, las primeras series de conferencias sanitarias internacionales contaron con la asistencia de diplomáticos y los convenios se consideraban del mismo modo que otros tratados diplomáticos entre gobiernos soberanos.

La segunda fase de la salud internacional y de las actividades en este campo comenzó después de la segunda guerra mundial y se extendió hasta los últimos decenios del siglo XX. Por primera vez, se prestó una gran atención al control y la prevención de las enfermedades a nivel mundial y se tomaron medidas claras a escala internacional específicamente con este objetivo. Los motivos de ello son esencialmente humanitarios: el interés propio y la seguridad nacional. Hay claras muestras de que las naciones cooperaban mutuamente para lograr metas comunes; por ejemplo, la erradicación eficaz de la viruela sigue siendo uno de los hitos de la cooperación internacional para lograr un esfuerzo mundial en materia de salud. El aspecto humanitario fue predominante en la etapa inmediatamente posterior a la segunda guerra mundial, a pesar de que gran parte del debate se vio influido por la Guerra Fría. La declaración del Presidente Truman en su discurso de toma de posesión en 1949 da una idea de este aspecto; en él declaró:

[...] debemos emprender un nuevo programa decisivo, a fin de lograr que los beneficios de nuestros adelantos científicos y de nuestro progreso industrial sirvan para el mejoramiento y el crecimiento de las zonas subdesarrolladas. Más de la mitad de la población mundial vive en condiciones cercanas a la miseria. No tienen alimentos suficientes. Son víctimas de enfermedades. Su vida económica es primitiva y está estancada. Su pobreza es un obstáculo y una amenaza tanto para ellos como para las zonas más prósperas. Por primera vez en la historia, la humanidad posee los conocimientos y la capacidad para aliviar el sufrimiento de estas personas.

Como parte de la euforia en favor de la colaboración entre las naciones surgida después de la guerra, existía la firme creencia de que mediante una auténtica cooperación internacional podían afrontarse eficazmente los problemas de salud del mundo. En esta fase hubo un reconocimiento cada vez mayor de lo que Aginam (2004) denomina la “vulnerabilidad mutua ante las enfermedades en un mundo cada vez más global”. Sin embargo, el interés propio también era evidente. En una publicación de gran importancia de los Institutos de Medicina de los Estados Unidos se explicaba muy claramente por qué a este país le convenía abordar los problemas de salud que hubiera fuera de sus propias fronteras (Institute of Medicine, 1997), y había el problema obvio de los estadounidenses que contraían enfermedades cuando viajaban al extranjero. En su nivel más básico, la presencia de enfermedades muy extendidas en los países subdesarrollados podía generar descontento y la posibilidad de un malestar social que podría contagiarse a los países más desarrollados. Además, las condiciones de insalubridad podrían ser una de las razones de la migración a los países más desarrollados y más sanos. Los países que son insalubres y pobres no se consideran, por lo general, buenos mercados para los productos de países más saludables. Según Walt (2001), los Estados cooperan en el ámbito de la salud porque, aunque pueda resultar difícil, reconocen el beneficio de promover el bien público internacional que representa la salud. También puede que lo hagan debido a deficiencias en los sistemas sanitarios nacionales que pueden fortalecerse mediante la acción colaborativa y, por último, aunque ocurre pocas veces, es posible que cooperen debido a la amenaza del uso de la fuerza. La seguridad nacional también ha adquirido importancia como un motivo para que todos los países se interesen en la salud (Alleyne, 1996 y *Health and Hemispheric Security*, 2002).

La Organización Mundial de la Salud era el foro incuestionable e incontestado por cuyo conducto los países trataban de mancomunar los conocimientos y los recursos para abordar cuestiones de salud. La cooperación por intermedio de la OMS se concibió inicialmente como asistencia técnica, ya que los expertos de diversos países empleados por la OMS impartían sus conocimientos de una manera casi misionera, y la función del organismo y la asistencia que facilitaba eran la transferencia de conocimientos y competencia técnica del mundo desarrollado al mundo en desarrollo. No se tenía una percepción clara de que el

trabajo del organismo tuviera una gran importancia en cuanto a la salud para los países desarrollados.

Las relaciones oficiales entre los Estados en otros campos influyeron, por supuesto, en su actuación en materia de salud. Panisset (2002) realizó una elegante descripción de la salud internacional como parte integrante de las relaciones internacionales y la política exterior. Su punto de partida fue la actitud de los países de las Américas hacia el Perú cuando el cólera apareció en ese país en 1992. Describe esta segunda fase de la salud internacional como una justificación de la teoría funcional de la política defendida por Mitrany, uno de los primeros partidarios del internacionalismo. Mitrany estaba más interesado en la política internacional, pero su funcionalismo es pertinente para esta fase de la salud internacional.

[L]os principios más importantes del funcionalismo son que el hombre puede abandonar su lealtad al Estado-nación tras haber experimentado una cooperación internacional fructífera; que una organización internacional, dispuesta según los requisitos de la tarea, podría aumentar los beneficios en materia de bienestar para las personas por encima del nivel que podría obtenerse dentro del Estado; que las recompensas serían mayores si la organización trabajara donde fuera necesario, por encima de las fronteras nacionales, que muy a menudo dividen el espacio de trabajo ideal de la organización (Mitrany, 1875).

La tercera fase de las actividades de salud internacional, que comenzó en los últimos decenios del siglo XX y se extiende hasta la actualidad, se caracteriza no tanto por un cambio en la intención del trabajo, sino más bien por un cambio fundamental en el número de actores implicados y la pluralidad de las organizaciones que intentan mejorar la salud a escala mundial. La preocupación por la salud sigue estando motivada por el reconocimiento del riesgo colectivo, que se ha agravado con la globalización. La difusión rápida de la información en sí misma es factor contribuyente en algunas de las enfermedades “modernas”, y los vectores de enfermedades, entre los que figuran los seres humanos, los alimentos y los animales, está por todas partes; la preocupación que esto genera puede observarse en los preparativos que se están haciendo en todo el mundo para hacer frente a la posibilidad de una epidemia relacionada con el virus de la gripe aviar. Aunque a veces el centro de atención pueda estar poco claro, el altruismo y

las preocupaciones humanitarias siguen dando lugar a algunas acciones colectivas en pro de la salud.

Es en esta tercera fase donde se ha producido un cambio, dado que la salud mundial tiende a reemplazar la idea de salud internacional con mayor frecuencia, aunque no deberían confundirse en modo alguno estos dos conceptos radicalmente distintos. No es pedante ni un aspecto meramente semántico insistir en que la salud es un estado de las personas y se aborda individualmente o en poblaciones que están distribuidas en algún espacio geográfico. Debería ser posible diferenciar entre la salud mundial, nacional, local e individual, y los métodos de medición de la salud utilizados habitualmente reflejan estas distinciones. La salud internacional debe incluir las acciones de las naciones, y el término denota un conjunto específico de actores. La respuesta a los desastres nacionales mediante la acción colectiva de las naciones es un ejemplo excelente del esfuerzo internacional concentrado en un espacio nacional o subnacional. La acción internacional puede centrarse en un asunto de salud nacional, regional o mundial. Las medidas para mejorar la salud a escala mundial no incluyen necesariamente la cooperación entre las naciones y, por consiguiente, no tienen por qué ser internacionales. Por salud mundial debe entenderse el estado de salud de las personas en el mundo en su conjunto, y debe tener una connotación geográfica. La definición de Goodman de hace treinta y cinco años sigue siendo la más sencilla y clara (Goodman, 1971); este definió la salud internacional como:

“[c]ualquiera o todas las actividades para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades que requieren la consideración y actuación conjuntas de más de un país.”

Goodman consideraba claramente país y nación como sinónimos y postulaba que la salud internacional era necesaria para mejorar la salud mundial. Se ha señalado que el cambio de terminología, con la sustitución del término “internacional” por “mundial”, fue parte de un proceso político e histórico más amplio que incluyó un cambio en la función de la OMS y la repercusión cada vez mayor de la globalización (Brown, 2006 y Yach, 1998). Todavía no está claro por qué se ha pasado de la salud en el mundo a la salud mundial, aunque podría tratarse simplemente de una preferencia para lograr una mayor exactitud gramatical.

Lo que quizás sea nuevo es la idea cada vez más extendida de que la salud del mundo nos concierne a todos y no es sólo una

preocupación de los gobiernos nacionales. La salud de la población del mundo se está definiendo como un bien público mundial y, por tanto, debe haber una estructura mundial para preservarlo como tal (Chen, 1999). Se entiende que el Estado-nación no puede ser el único actor cuando hay tantos factores determinantes y resultados de las enfermedades que dependen de influencias externas a las fronteras nacionales, y es en ese contexto donde surgen las preocupaciones por la gobernanza.

La gobernanza en la salud mundial

Gran parte del debate acerca de la gobernanza se deriva de las diversas interpretaciones de un concepto que se basa en teorías de las ciencias sociales y las políticas públicas (Thibault; Weiss, 2000). Rhodes (1996), por ejemplo, menciona seis usos del término: “el Estado mínimo”, la “gobernanza institucional”, “la nueva gestión pública”, “el buen gobierno”, “los sistemas sociocibernéticos” y “las redes interinstitucionales autoorganizadas”, y explica que el último de ellos “complementa a los mercados y a las jerarquías como estructuras de gobierno para asignar de modo competente los recursos y ejercer el control y la coordinación”.

En el presente artículo, la gobernanza tiene un enfoque más normativo y es similar al concepto y la definición que podrían aplicarse a una institución compleja como una universidad (Gayle, Tewarie). Se considera que significa, sencillamente, “la estructura y procesos mediante los cuales se toman decisiones y que permiten el funcionamiento óptimo de la institución” y es fundamentalmente diferente del concepto de gobierno. La gobernanza eficaz de la institución o del sistema proporciona las estrategias, determina las prioridades y fija las modalidades para lograr los resultados deseados. Esto no difiere mucho de la manera en que usa el término el Banco Mundial (1994):

La buena gobernanza se caracteriza por una formulación de políticas predecible, abierta y progresiva; una burocracia imbuida de ética profesional; un brazo ejecutivo de gobierno que rinda cuenta de sus actos; una sociedad civil fuerte que participa en los asuntos públicos; y todos actuando bajo el imperio de la ley.

Sin embargo, la Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales (1995) define la gobernanza de este modo:

“la gobernanza es la suma de los múltiples modos en que las personas e instituciones, públicas y privadas, gestionan sus asuntos comunes”.

La complejidad de la gobernanza aumenta junto con la cantidad de actores e intereses involucrados, pero el concepto esencial sigue siendo el mismo, a saber, que debe haber unas estructuras y procesos mediante los que debe gestionarse toda la empresa. Por lo tanto, la cuestión principal es cuáles son las estructuras y procesos que operan dentro de las naciones y entre ellas para promover la salud en un espacio geográfico determinado, que en el contexto de la salud mundial será todo el mundo. También sería importante delimitar la gobernanza a fin de poder describir lo que es una buena gobernanza, tal como lo ha hecho el Banco Mundial, y lo que no lo es. Describirla sencillamente como una serie de innumerables redes y actores y no tener la capacidad de definir las características susceptibles de ser modificadas resultaría un tratamiento inadecuado de la cuestión. Es interesante que, a pesar de todos los desafíos a los que se ha enfrentado la OMS, todavía parece ser que cualquier estructura que trate de involucrar a los múltiples actores y tejer una trama razonable a partir de las numerosas redes y actores involucrados en la salud mundial otorga a dicha organización un lugar prominente (Kickbusch, 2000).

La función del Estado

Es imprescindible que examinemos la naturaleza de la interacción entre las naciones antes de estudiar otros actores. Ya desde el comienzo, con la creación de los Convenios Sanitarios Internacionales, se comprendió que los acuerdos eran entre gobiernos que representaban a Estados-nación. El preámbulo a la Constitución de la Organización Mundial de la Salud empieza de este modo:

“Los Estados partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos...”.

“La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados”.

Está claro que las “partes” en el acuerdo eran Estados-nación representados por sus gobiernos oficiales. La estructura de gobernanza de esta organización no admite la participación e intervención oficiales de ninguna entidad que no sean los gobiernos. Hasta ahora no se ha reconocido el aumento del pluralismo de los actores dentro del Estado-nación, que está avanzando rápidamente e influyendo en nuestra comprensión del internacionalismo. Los procesos mediante los que funcionaban estas organizaciones internacionales se derivaban de acuerdos y resoluciones elaborados conjuntamente por los gobiernos en diversas asambleas y trasladadas a su trabajo técnico a nivel del país y predominantemente, aunque no exclusivamente, en colaboración con las autoridades nacionales. No ha habido ningún reconocimiento de la historia y el desarrollo posterior del Estado-nación, ni se ha caído en la cuenta de que la concentración absoluta del poder en manos del gobierno como representante del Estado-nación es algo obsoleto, y ahora estamos en una era semejante al periodo que siguió a la firma del Tratado de Westfalia. Este fenómeno, denominado un “cambio de poderes”, ha sido impulsado por la interconexión que se ha acelerado con el crecimiento y la velocidad de las comunicaciones (Matthews, 1997).

Con el Tratado de Westfalia de 1648, que marcó el final de la Guerra de los Treinta Años, se produjo la disolución del Sacro Imperio Romano, la desaparición del feudalismo en Europa y la aparición del Estado-nación como la entidad que ejercería la autoridad sobre un espacio geográficamente definido. El Estado-nación representaba la forma de organización social mediante la cual se ordenaban las vidas de una población determinada. Ese Estado se caracterizaba por tener un sistema de gobierno responsable de la protección de los derechos básicos de sus ciudadanos, y el Estado y el gobierno eran prácticamente una misma cosa. No obstante, hemos observado progresivamente el crecimiento continuo del pluralismo dentro del Estado-nación y, aunque sigue habiendo un gobierno como actor central dentro del estado, hay también varios actores no gubernamentales que reclaman su legitimidad en la contribución al ordenamiento de los asuntos dentro del Estado-nación (Drucker, 1999). En esencia, esos otros actores pueden clasificarse de modo general como la sociedad civil y el sector privado. No se trata de que haya desaparecido el Estado-nación, sino de que ahora hay varios actores legítimos dentro de ese Estado además del gobierno. La persistencia y la

actual importancia del Estado-nación fue plasmada en un conocido artículo de fondo de *The Economist* (1995), “El Estado-nación ha muerto. Viva el Estado-nación”.

De todos modos, para ser justos, debe tenerse en cuenta el estado del mundo en el momento en que se estableció el sistema internacional actual. Tal como señala la Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales (1995),

Quando se creó el sistema de las Naciones Unidas, los Estados-nación, algunos de los cuales eran potencias imperiales, eran dominantes. La fe en la capacidad de los gobiernos para proteger a los ciudadanos y mejorar sus vidas era firme. El mundo estaba interesado principalmente en impedir la tercera guerra mundial y evitar otra depresión económica de alcance mundial. Por lo tanto, el establecimiento de un conjunto de instituciones internacionales e intergubernamentales para velar por la paz y la prosperidad era un acontecimiento lógico y bien recibido.

A veces también se olvida que en esa etapa el número de Estados-nación era relativamente bajo. En 1945, las Naciones Unidas tenían sólo 48 miembros, mientras que hoy en día tienen 192, con el consiguiente aumento de la complejidad de los arreglos, también debido a la amplia variación entre ellos en cuanto al tamaño y los recursos.

La gobernanza en las organizaciones internacionales de salud

La cuestión principal de la gobernanza con relación a la salud, tanto internacional como mundial, es la función en el Estado-nación de todos los interesados directos, tanto los gubernamentales como los no gubernamentales. En el caso de la salud internacional, entendida como las actividades sanitarias que se llevan a cabo mediante la colaboración entre las naciones, la realidad es que en su mayor parte son intergubernamentales. La gran pregunta para el futuro próximo es cómo se modificará su gobernanza, en lo relativo a sus estructuras y procesos, para incorporar la pluralidad de los actores que reclaman legitimidad dentro del Estado.

La cuestión de la gobernanza en la salud mundial se divide entonces en dos cuestiones distintas pero relacionadas. En primer lugar, ¿cómo afectará el nuevo pluralismo a la gobernanza de las organizaciones que tienen un mandato vinculado a las actividades de salud internacional necesarias para mejorar la salud a nivel

mundial? La segunda cuestión es cómo evolucionará la gobernanza en un sistema en el que participan muchos actores.

Como hemos visto, la Organización Mundial de la Salud sigue siendo esencialmente una organización intergubernamental y sus estructuras y procesos no admiten la acción oficial que no proceda de los gobiernos. Sus Órganos Deliberantes están compuestos por representantes de los gobiernos. Es interesante que inicialmente se considerase que los miembros del Consejo Ejecutivo de la OMS debían desempeñar su labor a título personal, como si eso eliminase la influencia de la política gubernamental. De todos modos, se ha terminado aceptando que los miembros sí representan a sus gobiernos. El director de la Organización es elegido por un proceso puramente político, en el cual el peso de los esfuerzos diplomáticos de un país cuenta más que los méritos intrínsecos del candidato. Uno de los principales retos para esta organización será rediseñarse a sí misma para tener en cuenta el pluralismo que actualmente se observa en los Estados-nación. ¿Permitirá la OMS que la sociedad civil y el sector privado participen en sus consejos con voz y voto iguales a los de los gobiernos? ¿Se darán cuenta los gobiernos nacionales del anacronismo de la disposición actual y estructurarán, por tanto, sus delegaciones para que reflejen la contribución de los actores estatales no gubernamentales? Es fácil determinar la fuente de la autoridad en un gobierno, y por tanto de su representante legítimo, pero ¿cuál será el mecanismo para asegurar la legitimidad de la otra representación no gubernamental? La aportación de múltiples intereses a lo que constituye una organización internacional puede observarse en la Organización Internacional del Trabajo, que desde su inicio ha reconocido que el nombre “internacional” no excluía la participación de actores que no fueran los gobiernos oficiales en sus órganos directivos.

El artículo 1 (Trabajo internacional) de su Constitución estipula lo siguiente:

“Serán Miembros de la Organización Internacional del Trabajo los Estados...”.

El artículo 3 explica su composición de la siguiente manera:

La Conferencia General de los representantes de los Miembros celebrará reuniones cada vez que sea necesario y, por lo menos, una vez al año; se compondrá de cuatro representantes de cada uno de los Miembros, dos de los cuales serán delegados del gobierno y los otros dos representarán,

respectivamente, a los empleadores y a los trabajadores de cada uno de los Miembros.

Actualmente hay tal multitud de actores involucrados en la salud mundial que quizá sea preferible seguir el ejemplo de Frenk y sus colegas y referirse a un sistema mundial de salud (Frenk, 1997). Hay una pluralidad de actores y también hay pluralismo dentro de esos actores. Hay varios organismos de las Naciones Unidas, además de la OMS, cuyas actividades influyen en la salud a escala mundial. Sólo se hace referencia a los tres principales, aunque hay otros organismos, como la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que también llevan a cabo actividades relacionadas con la salud.

El UNICEF. Creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946 para ayudar a los niños después de la segunda guerra mundial en Europa, el UNICEF en un principio era conocido como Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. En 1953, el UNICEF pasó a ser una parte permanente del sistema de las Naciones Unidas, y su tarea era ayudar a los niños pobres en los países en desarrollo. Su nombre se abrevió a Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, pero conservó la sigla "UNICEF" por la que se le conoce hasta nuestros días. Su cuerpo directivo consta de representantes de 38 gobiernos.

El FNUAP. A petición de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1967 se estableció el modesto Fondo Fiduciario para Actividades Demográficas a fin de proporcionar la formación, la investigación y el asesoramiento en el ámbito de la población. En 1969, este fondo se convirtió en el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población. Oficialmente se le dio el nuevo nombre de Fondo de Población de las Naciones Unidas (aunque manteniendo la sigla FNUAP) en 1987, para reflejar su papel principal dentro del sistema de las Naciones Unidas: promover los programas de población y coordinar las actividades de población. Este organismo empezó dedicándose especialmente a la planificación de la familia como elemento importante para la regulación demográfica. Su orientación demográfica fue evidente en la serie de conferencias sobre población que se celebraron. No obstante, desde 1994 el centro de interés se ha trasladado a la salud sexual y reproductiva, y especialmente los derechos de la mujer en este ámbito. Su junta ejecutiva incluye a representantes de gobiernos.

El ONUSIDA. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA es una empresa conjunta innovadora de la familia de las Naciones Unidas. Aúna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para ayudar al mundo a prevenir nuevas infecciones por el VIH, cuidar a las personas que ya están infectadas y mitigar la repercusión de la epidemia. Establecido en 1994 mediante una resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas e inaugurado en enero de 1996, el ONUSIDA está guiado por una Junta Coordinadora del Programa con representantes de 22 gobiernos de todas las regiones geográficas, los copatrocinadores del ONUSIDA y cinco representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas asociaciones de personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA. El ONUSIDA es el primero de los organismos de las Naciones Unidas dedicados específicamente a la salud cuyo principal órgano rector incluye a miembros que no forman parte de gobiernos.

Incluso dentro del propio Sistema de las Naciones Unidas, no hay ninguna estructura que permita o exija la cooperación en materia de salud. Como ha señalado Williams, es posible que haya una competencia abierta entre los organismos especializados, lo que produciría una crisis en el sistema (Williams, 1987). No está claro que haya habido muchas mejoras en este ámbito, lo que ha contribuido a algunas de las peticiones de reforma de las Naciones Unidas y sus organismos. Dado que algunos de los jefes de estos organismos son elegidos y algunos son nombrados por el Secretario General, es difícil ejercer el mandato de una cooperación que depende del sentido común y la buena voluntad del jefe del organismo en cuestión. Además, la diferencia de fuentes de financiamiento de los diversos organismos hace que haya diferentes componentes de influencia e interés. La posibilidad de establecer unas estructuras y procesos que conduzcan a una colaboración eficaz y eficiente en estos organismos de las Naciones Unidas no es muy alentadora.

La gobernanza en un sistema de salud mundial

¿Son mejores las perspectivas de una buena gobernanza en el “Sistema de Salud del Mundo” más amplio que entre los organismos oficiales dedicados a la salud? Como se ha señalado anteriormente, son muchos los actores involucrados en la salud. Están los gobiernos, las empresas privadas y la sociedad civil, y su

interacción y alcance internacional han aumentado a medida que hemos vivido el aumento de la globalización. Nos hemos referido anteriormente al fenómeno de la globalización que, según la definición de Giddens (1990), es “la intensificación de las relaciones sociales mundiales que vinculan a localidades distantes de tal manera que los acontecimientos locales se ven afectados por sucesos que ocurren a muchas millas de distancia y viceversa”. Este proceso, en el que la intensificación de la interconexión está impulsada inexorablemente por la tecnología de las comunicaciones, convierte la salud en una cuestión verdaderamente mundial. En una época se creyó que las enfermedades infecciosas eran la única o la principal manifestación de esta interconexión mundial, pero ahora sabemos que algunos de los principales factores determinantes de las enfermedades no transmisibles se deben a influencias mundiales. No puede haber mejor ejemplo de un fenómeno mundial que influye en las enfermedades no transmisibles que el consumo de tabaco, o más concretamente la promoción del consumo de tabaco por parte de la industria tabacalera.

El hecho de que la transferencia de riesgos para la salud sea transnacional y su control sobrepase la capacidad de un único gobierno ha favorecido la opinión de que el Estado-nación y su gobierno son incapaces de ser los principales actores en el ámbito de la salud mundial, y por ello es necesario buscar y estimular el crecimiento de otros actores. Pero hay un dilema: si bien los riesgos son transnacionales y el Estado no puede controlarlos, es el Estado el que tiene la autoridad para adoptar medidas correctivas dentro de sus fronteras. Jamison et al. (1998) lo explican de este modo:

La autoridad del Estado-nación se ha visto menoscabada por una combinación de fuerzas supranacionales que conducen a la globalización, y por fuerzas subnacionales que conducen a la fragmentación y a nuevas formas de “tribalismo”. No obstante, debido a la estructura política del mundo la soberanía continúa recayendo en los Estados-nación por separado, y a consecuencia de ello los gobiernos nacionales conservan la responsabilidad principal de la salud de sus habitantes.

Hay numerosos ejemplos de negocios con alcance mundial; las empresas comerciales transnacionales influyen claramente en la salud. Se han formado coaliciones empresariales para abordar problemas de salud específicos, como en el caso de la infección por el VIH/SIDA (Consejo Empresarial Mundial sobre el VIH/SIDA). Ha habido movimientos para fortalecer la sociedad

civil mundial formando diversas redes de actores del “tercer sector” (De Oliveira, Tendon, 1994).

El concepto de lo que pueden hacer la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales en la esfera de la salud mundial se ha visto alterado enormemente en los diez últimos años por la Fundación Bill y Melinda Gates, con unos activos de US\$ 29.000 millones y un gasto en salud mundial en 2005 de US\$ 844 millones (Global Health-Bill and Melinda Gates Foundation). Esta capacidad ha aumentado aún más gracias a la donación de Warren Buffet de US\$ 31.000 millones y el encargo de que deben gastarse US\$ 1.500 millones al año. Esta Fundación, cuya misión en materia de salud mundial es “*ayudar a conseguir que se creen los adelantos sanitarios que salvan vidas y que se compartan con los que más los necesitan*” sí tiene, sin duda, la capacidad de lograr cambios. Sus decisiones son elaboradas por un liderazgo bien informado y por su junta, y sus estructuras y procesos no tienen ningún vínculo oficial con ninguna estructura internacional de salud. De hecho, es poco probable que alguna de las estructuras oficiales pudiera dar cabida a una organización de este tamaño.

Sin embargo, a fin de cuentas cualquier sistema de gobernanza mundial para la salud mundial tiene que reconocer la primacía del Estado-nación y, más específicamente, al gobierno como el actor principal que tiene la autoridad legal y moral para abordar los problemas de salud dentro de su jurisdicción, aunque los factores determinantes pueden ser transnacionales y los acuerdos de colaboración pueden ser internacionales. Sólo el gobierno, dentro del Estado-nación, puede accionar los mecanismos de política necesarios para actuar específicamente sobre muchos, si no todos, los factores sociales determinantes de la salud, incluso los que deben su génesis a la propagación transfronteriza de vectores. Puede que el origen de los riesgos trascienda las fronteras nacionales, pero la solución para corregirlos está en la mayoría de los casos dentro del Estado-nación. Gran parte del debate sobre el problema de la pluralidad de agentes y la complejidad de lograr la cooperación y la colaboración pierde en gran medida su prominencia si se observa el principio fundamental, a saber, que el programa nacional es el coordinador y el marco para la acción en un país determinado. Esto no significa que no haya en muchas ocasiones grandes programas llevados a cabo por organizaciones no gubernamentales, incluidos los grupos religiosos organizados, que proporcionan atención a las poblaciones. Se ha observado en muchas ocasiones la balcanización de países en los que diferentes

actores asumen la responsabilidad de la atención o de algunos aspectos de la atención. Sin embargo, esta situación es necesariamente insatisfactoria y su persistencia perpetúa, en la mayoría de los casos, la debilidad del aparato estatal, que tiene la responsabilidad legal y moral de proporcionar las medidas sanitarias y sociales necesarias para velar por la salud. Esto no significa que las ONG no deban y no puedan contribuir a obtener los resultados de salud a nivel nacional, y hemos visto al menos en un país, Guatemala, que hay gobiernos que aceptan el hecho de la pluralidad de las instituciones y contratan a ONG para prestar atención en condiciones específicas.

Cuestiones éticas

En ninguna reflexión sobre la salud de las personas o las poblaciones mundiales, y la responsabilidad que ello implica, pueden eludirse las consideraciones éticas. En general, todo el mundo estaría de acuerdo en que debe haber un código ético para la salud de la población al igual que hay uno para la atención individual de los pacientes por un médico. Hay, en efecto, un código deontológico para la salud pública aceptado para el sistema de salud pública estadounidense (Thomas, 2002). Ese código incluye principios como la necesidad de observar los derechos humanos, la justicia distributiva y el deber como motivación ética, pero estos principios tratan esencialmente sobre los actos de las personas que tienen la responsabilidad en materia de salud pública dentro de un país. Es dudoso que este código pueda aplicarse a la salud mundial.

Singer explora en general el tipo de teoría y práctica mundiales que tienen dimensiones éticas. La cuestión fundamental es si es posible inducir a las personas que ponen el bienestar de sus allegados y familiares por encima del bienestar de los desconocidos a que acepten que hay una responsabilidad moral y ética de cuidar a quienes no están dentro de su “círculo” y las personas cercanas o las que son similares suelen ser el grupo ante el que las personas se justifican a sí mismas. Es difícil que la persona no adopte una postura utilitaria en relación con la salud. Pese a que teóricamente las personas pueden aceptar que hay una gran desigualdad entre los seres humanos y que todas las personas tienen derechos a las medidas para proteger y mantener la salud, a un nivel práctico opinan de otro modo. No obstante, Singer afirma que todos los seres humanos deberían ser la unidad básica de la preocupación ética. La pregunta, a nivel mundial, es: ¿cuál es el

mecanismo para lograr una situación en la que la salud de cada persona, independientemente de su ubicación geográfica, se valore por igual y la reducción de las inequidades constituya un asunto de política a un nivel superior y no de voluntad individual? Esto sólo puede lograrse mediante la cooperación internacional, que puede incluir a actores que no sean entidades gubernamentales. Como se ha señalado anteriormente, el problema es la estructura para lograr esa cooperación. Singer plantea el ideal de algún tipo de gobierno mundial, pero rápidamente lo desecha por no ser viable, debido a la complejidad y rigidez de cualquier estructura de esta índole, además de la reticencia, especialmente de todos los Estados, tanto los grandes como los pequeños, a renunciar a cualquier porción de su soberanía.

La puesta en práctica de los principios éticos en el plano mundial debe incluir la cuestión de la asignación de los recursos para abordar los factores determinantes de las desigualdades entre los Estados como un asunto de justicia social. Algunas de estas desigualdades están determinadas socialmente y otras pueden depender de la incompetencia de los sistemas locales de salud. La capacidad de medir las diferencias en el estado de salud, así como el peso de los factores determinantes, es un requisito esencial para cualquier iniciativa destinada a reducir las desigualdades dentro de los países y entre ellos. Por lo tanto, establecer sistemas para medir el estado de salud de las personas y de la población se convierte casi en una necesidad ética. Es inútil informar sobre el estado de la salud de los países simplemente como promedios nacionales, ya que estos datos ocultan las diferencias entre grupos dentro del país caracterizados por su situación geográfica o social y, por consiguiente, hacen que sea imposible mostrar dónde residen las inequidades o elaborar medidas para remediarlas. El criterio para la medición de la salud tiene, por lo tanto, una dimensión ética y no debe basarse en el enfoque utilitario, en el que se considera el mejoramiento del promedio como la meta a lograr.

Lo que se haga para mejorar la salud a escala mundial debe incluir la consideración de las investigaciones que se necesitan. Gran parte de las mejoras logradas en el pasado reciente en los países en desarrollo ha sido fruto de la difusión de la información y de la tecnología que se han obtenido mediante la investigación, que en general se ha llevado a cabo en el mundo desarrollado (Jamison, Sandbu, Wang). La auténtica cooperación internacional en materia de salud existe, efectivamente, como por ejemplo en la secuenciación del genoma humano. Sin embargo, la mayor parte

de la investigación sanitaria que se denomina internacional, al igual que muchos aspectos de la salud designados como internacionales, es en realidad “extranacional” y supone actividades realizadas en países en desarrollo por actores de países desarrollados.

Bhutta (2002) ha descrito, desde la perspectiva del mundo en desarrollo, muchos de los aspectos éticos de esta investigación “internacional” que recientemente han sido objeto de un escrutinio cada vez mayor, en particular en lo referente a los ensayos de medicamentos antirretrovíricos en países en desarrollo (Angell, 1997). Según señala Bhutta, gran parte de la polémica se debe al hecho de que hay quien quiere considerar el tema exclusivamente desde el punto de vista de directrices y reglamentos y que no se da cuenta de los aspectos complejos que implica la participación de la comunidad y las normas de atención previas y posteriores. La investigación en materia de salud no debe centrarse únicamente en la obtención de respuestas específicas a las preguntas, sino que también debe ocuparse de la cuestión de la equidad y de saber en qué medida la investigación y sus resultados conllevarán una reducción de unas inequidades tan evidentes. El ideal debería ser una asociación entre los investigadores de los países en desarrollo y de los países desarrollados que se base en la confianza y la adopción de decisiones mutuas, el sentido de propiedad nacional, la planificación temprana para traducir los resultados de las investigaciones en políticas, y la práctica y el compromiso de desarrollar la capacidad local en materia de investigación (Costello, 2000).

Conclusiones

Por salud mundial se entiende la salud de las personas del mundo, y el mejor modo de protegerla es mediante esfuerzos colectivos internacionales. La gobernanza de esos esfuerzos sigue siendo un reto, especialmente en nuestro mundo sumamente interconectado, pero la mayor esperanza de lograr una organización eficaz del sistema reside en la organización de la salud internacional, que representa la voluntad y el empeño colectivos de los Estados-nación en su configuración pluralista parecida al período que siguió al Tratado de Westfalia. En un documento reciente del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido se aboga por la reforma del sistema de desarrollo internacional a fin de que la gobernanza beneficie a los pobres (UKDID, 2006).

Ahora se necesitan más que nunca organizaciones internacionales eficaces para equilibrar los intereses nacionales que compiten entre sí y encontrar soluciones a los problemas que no pueden ser resueltos por cada uno de los países por separado. Sólo trabajando multilateralmente será posible actuar cuando los Estados no logren proteger a su población; hacer cumplir el comercio basado en normas; combatir epidemias que nos amenazan a todos, como el SIDA o la gripe aviar; y gestionar el clima, los bosques, la pesca y el agua que todos compartimos. No hay alternativa: sin un sistema internacional eficaz, el mundo sería un lugar más desigual, peligroso y dividido.

REFERENCIAS

- Aginam, O. 2004. Between isolationism and mutual vulnerability: a south-north perspective on global governance of epidemics in an age of globalization. *Temple Law Review*, 77; 297-312.
- Alleyne, G.A.O. 1996. Health and National Security, *Bulletin of the Pan American Health Organization*.30; 158-163.
- Angell, M. 1997. The Ethics of Clinical Research in the Third World, *New England Journal of Medicine*, 337; 847-849.
- Arhin-Tenkoran G, D. Conceicao, P. 2003. Beyond communicable disease control: health in the age of globalization. Eds Kaul, I. Conceicao, P. Le Goulven, K. Mendoza, RU. *Providing Global Public Goods. Managing Globalization*, Publicado para el PNUD. Oxford University Press, Nueva York, Oxford.
- Banco Mundial. 1994. *Gobernanza: la Experiencia del Banco Mundial*. Washington, DC.
- Bhutta, ZA. 2002. Ethics in international health research: a perspective from the developing world, *Bulletin of the World Health Organization*, 80; 114-120.
- Brown, TM. Cueto, M. Fee, E. 2006. The World Health Organization and the transition from International to Global Public Health, *American Journal of Public Health*, 96: 62-71.
- Chen, L.C., Evans, TG., Cash, RA. "Health as a global public good" in Kaul I, Grunberg I, Stern MA.eds., *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. 1999. Oxford University Press: Nueva York.
- Código Sanitario Panamericano. 2002. *Documentos Básicos de la Organización Panamericana de la Salud*.

- Comisión sobre Gobernanza Global (Commission on Global Governance), 1995. *Our Global Neighbourhood*. Oxford University Press, Oxford.
- Costello, A. Zumla, A. 2000. Moving to Research Partnerships in Developing Countries. *British Medical Journal*, 321:827-829.
- Cueto, M. 2001. Sanitation from above: The Rockefeller Foundation and Yellow Fever in The return of epidemics. *Health and Society in Peru during the Twentieth Century*. Ashgate, Aldershot, Burlington USA. Singapur. Sydney.
- De Oliveira, D.M., Tendon, R. 1994. *Citizens Strengthening Global Civil Society*. CIVICUS, World Alliance for Citizen Participation.
- Drucker, PF. 1999. The New Pluralism. *Leader to Leader* No. 14, Fall. <http://www.pfdf.org/leaderbooks/121/fall99/new-pluralism.html>
- Eliminating world poverty: Making Governance Work for the Poor. White Paper on International Development. 2006. Department for International Development. DFID, Reino Unido, julio. <http://www.dfid.gov.uk/wp2006/default.asp>.
- Ettling, J. 1981. *The Germ of Laziness, Rockefeller philanthropy and public Health in the New South, Cambridge Mass, y Londres*, Harvard University Press.
- Frenk, J., Sepulveda, J., Gomez-Dantes, O., McGuinness, MJ., Knaul, F. 1997. The Future of World Health: the New World Order and International Health. *British Medical Journal*, 314: 1404-1408.
- Gayle, D J, Tewarie, B., White, AQ. *Governance in the Twenty-First Century University, Approaches to Effective Leadership and Strategic Management*. ASHE-ERIC Higher Education report: Volume 30, 1. Adrianna J.Kezar, Series editor.
- Giddens, A. 1990. *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, Stanford, California.
- Global Business Coalition on HIV/AIDS.
<http://www.businessfightsaids.org>.
- Global Health. Bill and Melinda Gates Foundation
<http://www.gatesfoundation.com/GlobalHealth>
- Goodman, N M. 1971. *International Health Organizations and Their Work*. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgo, y Londres.
- Herlihy, D. 1997. *The Black Death and the transformation of the West*, Harvard University Press Cambridge Mass. y Londres, Inglaterra.

- Howard-Jones, N. 1950. Origins of International Health Work. *British Medical Journal*; XX; 1032-1037.
- Howard-Jones, N. 1977. International Public Health: The Organizational Problems Between the Two World Wars (1) *WHO Chronicle*, 31:391-403.
- Howard-Jones, N. 1977. ditto(2) *WHO Chronicle*,; 31: 449-460.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto (3) *WHO Chronicle*,; 32:26-38.
- Howard-Jones, N. ditto (4) *WHO Chronicle*,; 32:63-75.
- Howard-Jones, N. 1978. ditto –Epilogue *WHO Chronicle*, 1978;32:156-166
- Institute of Medicine. 1997. *America’s Vital Interest in Global Health*. Washington: National Academy Press.
- Jamison, DJ. Frenk, J. Knaul, F. 1998. International collective action in health: objectives, functions and rationale. *The Lancet*, 351: 514-517
- Jamison, DT. Sandbu, M. Wang, J. “Why has infant mortality decreased at such different rates in different countries”? Working Paper 21. Disease Control Priorities Project. Bethesda, MD.
- Kickbusch, I. 2000. The Development of International Health-Accountability Intact? *Social Science and Medicine*, 51:979-989.
- Matthews, JT. 1997. Power Shift. *Foreign Affairs*, 76; 50-66.
- Mitrany, D. 1975. *The Functional Theory of Politics*. Martin Robertson & Company Ltd. Londres.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). Constitución de la OIT. <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/constq.htm>.
- Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Pro Salute Novi Mundi. Una historia de la Organización Panamericana de la Salud*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. 2002. *Health and Hemispheric Security*. OPS, Washington, DC. <http://www.paho.org/english/HDP/hdr-up-Nov.pdf>
- Panisset, UB. 2000. *International Health Statecraft, Foreign Policy and Public Health in Peru’s Cholera Epidemic*. University Press of America, Inc. Lanham, Nueva York, Oxford.
- Rhodes, RAW. 1996. The New Governance: Governing without government. *Political Studies*, 44; 652-667.
- Siddiqi J. 1995. *World Health and World Politics. The World Health Organization and the UN system*. University of South Carolina Press.

- Singer, P. One world: The ethics of globalization. Yale University Press. New Haven y Londres.
- The Economist. 1995-1996: "The Nation-State is dead. Long live the Nation-State". 337 (7946); 15-18.
- Thibault, JF. As if the world were a virtual polity: the political philosophy of global governance.
<http://www.theglobalsite.ac.uk/press/108thibault.htm>
- Thomas, JC. Sage, M., Dillenberg, J. Guillory, JV. 2002. "A Code of Ethics for Public Health". American Journal of Public Health; 92:1057-1059.
- Truman, Harry S. 1949. Inaugural Address, enero.
<http://www.bartleby.com/124/pres53.html>
- Walt, G. 2001. "Global Cooperation in International Public Health in Eds. Merson, M H. Black, RE. Mills, A J. International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies. An Aspen publication. Aspen publishers, Inc. Gaithersberg, Maryland.
- Weiss, TG. 2000. Governance, Good Governance, and Global Governance: Conceptual and Actual Challenges. Third World Quarterly, 21; 795-814.
- Williams, D. 1987. The Specialized agencies and the United Nations. The System in Crisis St. Martin's Press, Nueva York.
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health, I, Threats and opportunities. American Journal of Public Health, 88; 735-738.
- Yach, D. Bettcher, D. 1998. The globalization of public health II: The Convergence of Self-Interest and Altruism. American Journal of Public Health, 88; 738-741.

ACERCA DEL AUTOR

George Alleyne, OCC, M.D., F.R.C.P., F.A.C.P. (Hon), DSc (Hon), oriundo de Barbados, asumió el cargo de Director de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas (AMRO), el 1 de febrero de 1995 y finalizó su segundo mandato de cuatro años el 31 de enero del 2003. Ese mismo año fue elegido Director Emérito de la OSP. En febrero del 2003, el Sr. Kofi Annan, a la sazón Secretario General de las Naciones Unidas, lo nombró su Representante Oficial para el VIH/sida en el Caribe. En octubre de 2003 fue nombrado Rector de la Universidad de las Indias Occidentales. Actualmente es profesor adjunto en la Escuela Bloomberg de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins.

El Dr. Alleyne ha recibido muchas distinciones como reconocimiento a su labor, entre ellas condecoraciones y otras distinciones nacionales otorgadas por muchos países americanos. En 2001, se le concedió la Orden de la Comunidad del Caribe, el máximo honor que se le puede otorgar a un ciudadano del Caribe.