

# GLOBALIZAÇÃO E SAÚDE: DESAFIOS PARA OS SISTEMAS DE SAÚDE EM UM MUNDO INTERDEPENDENTE\*

*Julio Frenk*

*Octavio Gómez-Dantés*

---

O deslocamento dos assuntos humanos do marco restrito do estado-nação para o vasto cenário do planeta Terra está afetando não só o comércio, as finanças, a ciência, o meio ambiente, o crime e o terrorismo; também está influenciando na saúde (Valaskakis, 2001). Em 1997, um importante relatório publicado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos de América assinalou: “As distinções entre os problemas de saúde domésticos e internacionais estão perdendo utilidade e em certos casos geram confusão”.<sup>1</sup> Isso se deve ao que o grande historiador europeu Eric Hobsbawm (1994) chamou a aniquilação virtual do tempo e da distancia.

Não se quer com isto sugerir que os contatos internacionais intensos são uma novidade. Desde tempos imemoriais, as forças do comércio, da migração, da guerra e da conquista uniram pessoas de lugares distantes. Afinal de contas, a expressão “cidadão do mundo” foi cunhada pelo filósofo Diógenes no século IV antes da nossa era. A novidade está no ritmo, na amplitude e na profundidade da integração. Como nunca antes, as consequências das ações que ocorrem em lugares longínquos manifestam-se, literalmente, às portas de nossos lares.

O grau de proximidade em nosso mundo pode ser ilustrado pelo número de viajantes internacionais, que triplicou de 1980 até agora e chega hoje a três milhões de pessoas por dia. Além disso,

---

\*Parte das reflexões sobre globalização e saúde aqui apresentadas baseiam-se, com modificações, no seguinte artigo: Frenk, J. e Gómez-Dantés, O. 2002. Globalization and the Challenges to Health Systems. *Health Affaire* 21, 3:160-165.

há dois anos, o tráfego telefônico alcançou pela primeira vez na história 100 bilhões de chamadas (Kearny, 2001). O próprio movimento antiglobalização foi globalizado em 2001, quando ativistas de todo o mundo se reuniram no primeiro Fórum Social Mundial em Porto Alegre, Brasil. Não podemos subestimar as implicações dessas mudanças para a saúde. Além de atender aos problemas internos, todos os países do mundo têm agora que enfrentar a transferência internacional de riscos e oportunidades para a saúde.<sup>2</sup>

O caso mais óbvio do desaparecimento das fronteiras da saúde é a propagação de doenças transmissíveis. Também neste caso, não se trata de um fenômeno inovador em si mesmo. O primeiro caso documentado de epidemia transnacional foi a peste ateniense em 430 de nossa era. Tendo-se originado provavelmente na África, a peste se propagou para a Grécia antiga em embarcações que comerciavam com grãos, através da Pérsia (Porter, 1996). A Peste Negra de 1347, que acabou com um terço da população europeia, foi resultado direto do comércio internacional. No século XVI, a conquista dos impérios asteca e inca constituiu um primeiro exemplo de guerra bacteriológica involuntária através da introdução da varíola e do sarampo em populações que nunca tinham sido expostas a esses males. A colonização do Caribe e do Brasil quase conduziu ao extermínio das populações indígenas, situação que forçou a importação de escravos da África Ocidental. Esse tráfico, por sua vez, levou o impaludismo e a febre amarela ao Novo Mundo, criando novos desastres (Porter, 1999). Nesse intercâmbio microbiano, é possível que Cristóvão Colombo tenha levado uma grave doença das Américas para a Europa, a sífilis (Porter, 2004).

Outro exemplo da história ininterrupta da transferência transnacional de infecções é a pandemia de cólera de 1829, que teve origem na Ásia, passou ao Egito e ao norte de África, entrou na Rússia e cruzou a Europa. Três anos depois, chegou à costa leste dos Estados Unidos. Mais recentemente, a pandemia de influenza de princípios do século XX, a impropriamente chamada gripe espanhola, produziu mais mortes do que a Primeira Guerra Mundial.

Como podemos ver, as doenças infecciosas têm um velho dossiê de presença cosmopolita. O novo, como já se mencionou, é a escala do que se convencionou chamar de “tráfico microbiano”. O incremento explosivo do comércio e das viagens internacionais produz milhares de contatos potencialmente infecciosos, e os

aviões a jato reduziram mesmo o tempo das viagens intercontinentais mais longas para menos do que o período de incubação de qualquer doença infecciosa humana. Assim, o “mosquito tigre”, poderoso vetor do vírus da dengue, introduziu-se nos Estados Unidos nos anos oitenta em um carregamento de pneus usado proveniente do norte de Ásia. Da mesma forma, o surto peruano de cólera que começou em janeiro de 1991 transformou-se numa epidemia continental em questão de semanas.

A tuberculose é outro problema reemergente. No mundo há cerca de 9 milhões de pessoas que sofrem dessa doença e mais de 2 milhões morrem por essa causa anualmente. Várias razões explicam a sua reemergência; uma delas é a fragilidade das pessoas imunossuprimidas. Frequentemente, a tuberculose é um dos primeiros sinais de infecção pelo HIV. Outras variáveis que afetam o desenvolvimento dessa doença são o congestionamento, a desnutrição e a falta de atenção à saúde, fatores comuns entre os socialmente marginalizados.

Os últimos acréscimos à lista de epidemias globais são a síndrome respiratória aguda grave ou SRAG e a influenza aviária. Esta última é ainda um perigo regional, mas há especialistas que prevêem uma pandemia desse tipo de gripe (Osterholm, 2005). Nesse sentido, temos pela frente dois grandes desafios. Em primeiro lugar, existe a necessidade de formular medicamentos mais efetivos contra as doenças virais em geral e, mais especificamente, contra a influenza. O *Oseltamivir*, um inibidor de neuraminidase, pode reduzir os sintomas e prevenir a transmissão da gripe, mas seus reais benefícios ainda estão por ser demonstrados. O outro desafio é a necessidade de novas tecnologias para produzir mais rapidamente vacinas mais econômicas contra a influenza. Este é um enorme desafio, dada a demanda que seria gerada em caso de uma pandemia dessa natureza (Garret, 2005). Além disso, é preciso expandir a capacidade de produção dessas vacinas mediante o fortalecimento da infra-estrutura, a capacitação dos recursos humanos e a transferência de tecnologia a um número maior de países do que os nove que estão em condições de produzi-la.

A aceleração da propagação das doenças infecciosas está relacionada com mudanças radicais em nosso ambiente e nossos estilos de vida, o que levou Arno Karlen (1995) a falar de uma nova era biocultural. Na verdade, para complicar as coisas ainda mais, não são apenas pessoas e micróbios que viajam de um país a outro; também viajam idéias e estilos de vida. O tabagismo e a

obesidade são os melhores exemplos dos riscos à saúde ligados à globalização, que estão duplicando a carga imposta aos sistemas de saúde no mundo e complicando ainda mais as desigualdades existentes. De fato, os problemas que afetam **unicamente** os pobres, como a malária, não são os **únicos** problemas dos pobres. As mortes relacionadas com o consumo de tabaco estão se concentrando em forma crescente nos países em vias de desenvolvimento, que não dispõem de estruturas jurídicas e reguladoras para fazer frente ao enorme poder das corporações multinacionais. A única maneira de enfrentar esse poder é combinar as políticas nacionais com instrumentos globais, como a Convenção Marco da OMS para o Controle do Tabaco, o primeiro tratado internacional de saúde pública. O México foi o primeiro país a assinar esse tratado na Região das Américas.

Mas a globalização da saúde vai mais além das doenças e dos riscos, incluindo também os produtos para a saúde. Para dar um exemplo, os regulamentos sobre acesso a medicamentos que requerem receita médica em um país podem ser subvertidos quando um país vizinho permite a compra indiscriminada de antibióticos, estimulando assim o aparecimento de micróbios resistentes em ambos os países.

Outro desenvolvimento recente com possíveis implicações para a prescrição irracional de medicamentos e a conseqüente disseminação de resistências microbianas é o crescente comércio de serviços e medicamentos através da Internet. O fato de que não se trata mais de um fenômeno marginal é demonstrado pelos recentes esforços da Organização Mundial da Saúde para controlá-lo.<sup>3</sup>

Todos estes são fatores contextuais que limitam o impacto final dos produtos para a saúde, particularmente os medicamentos e as vacinas, já que, ao fim do dia, todas as inovações tecnológicas têm de ser providas através de sistemas de saúde concretos. Como já ocorreu no caso dos amargos debates em torno do acesso aos medicamentos contra o HIV/AIDS, o aperfeiçoamento de fármacos eficazes, na ausência de mecanismos adequados para fazê-los chegar aos pacientes, pode criar dilemas éticos e políticos muito sérios.

Por sorte, esta é uma das áreas onde a interdependência abriu novas avenidas para a ação coletiva internacional. Assim, os esforços iniciais dos anos noventa para reduzir o custo dos medicamentos contra a AIDS geraram resultados muito modestos. Há poucos anos, porém, uma forte mobilização internacional

persuadiu várias companhias farmacêuticas multinacionais a estabelecer acordos com países em vias de desenvolvimento para oferecer descontos significativos nos preços dos medicamentos. O México se beneficiou desses acordos, e graças a isso contamos hoje em nosso país com acesso universal aos anti-retrovirais.

Forças relacionadas com a globalização possibilitaram também a organização em 2001 de uma Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas dedicada ao HIV/AIDS, a qual aprovou uma histórica Declaração de Compromisso. Essa foi a primeira vez na história que a Assembléia Geral dedicou uma sessão a um tema de saúde, o que sublinha o crescente vínculo entre pandemias como a AIDS, o desenvolvimento econômico e a segurança global.

A crescente complexidade dos sistemas de saúde incrementou como nunca o valor das comparações internacionais sobre este particular. Dado o enorme impacto econômico e social das decisões políticas, os países podem beneficiar-se de um processo de aprendizagem compartilhado. Este é o significado do esforço que a Organização Mundial da Saúde levou a cabo em 2000 para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde de todo o mundo.<sup>4</sup> A análise comparativa tem o potencial de promover a disseminação internacional das melhores práticas existentes.

Este tipo de bens públicos globais relacionados com o conhecimento serão chave para alcançar novos melhoramentos na saúde.<sup>5</sup> De fato, sabemos agora que a maior parte dos progressos em saúde que se produziram no século XX pode ser atribuída ao avanço do conhecimento, através de três mecanismos. Em primeiro lugar, o conhecimento gera novas e melhores tecnologias para o aperfeiçoamento de medicamentos, vacinas e procedimentos diagnósticos. Em segundo lugar, o conhecimento científico, ao ser interiorizado pelas pessoas, estrutura seu comportamento cotidiano em assuntos tão importantes como a higiene pessoal, os hábitos alimentares, a sexualidade e a criação de filhos. Dessa maneira, o conhecimento ajuda as pessoas a modificar seus estilos de vida para benefício de sua saúde. Em terceiro, o conhecimento pode melhorar a tomada de decisões dos governos, tanto na prestação dos serviços de saúde como na formulação de políticas públicas.

Cada um desses mecanismos é limitado por uma série de brechas que precisamos superar. No que se refere ao uso do conhecimento para gerar novas soluções, nosso principal desafio é enfrentar “o desnível 10/90”, que implica que apenas 10% dos recursos globais para a pesquisa em saúde são destinados aos

problemas que afetam 90% da população mundial. Pelo que toca ao uso do conhecimento para melhorar os estilos de vida, o desafio consiste em ampliar o acesso a ele por parte de todas as pessoas, particularmente as mais pobres. Democratizar o conhecimento é essencial para que as pessoas desenvolvam o poder de enfrentar os riscos velhos e emergentes. Esse poder permite-lhes também serem usuárias informadas dos serviços de saúde e cidadãs ciosas de seus direitos. Por fim, a terceira brecha se refere à distância que ainda separa o conhecer e o fazer, devido a uma deficiente conversão da pesquisa em decisões para ação imediata. Aqui, o grande desafio é conseguir que o **poder das idéias** oriente as **idéias do poder**, isto é, as idéias daqueles que têm o poder de projetar e implantar as políticas de saúde.

Diversos acontecimentos recentes em nosso país podem servir para ilustrar este último ponto. Graças à colaboração de várias organizações acadêmicas e internacionais, o armamento analítico das políticas de saúde vem sendo consideravelmente enriquecido nos últimos anos com ferramentas como a medição da carga de doença, a análise de efetividade/custo, as contas nacionais de saúde e as pesquisas padronizadas. A aplicação rigorosa desses bens públicos globais relacionados com o conhecimento, juntamente com a existência de excelentes bases de dados nacionais, ajudou catalisar uma reforma estrutural do sistema de saúde mexicano.

Trata-se possivelmente de um caso exemplar no que se refere a políticas baseadas na evidência científica. De fato, uma análise rigorosa permitiu que tanto os tomadores de decisões como o público em geral tomassem consciência de diversas realidades críticas que estavam a exigir uma solução. Assim, o cálculo cuidadoso das contas nacionais de saúde revelou que mais da metade do gasto total em saúde no México consistia de despesas de bolso. Isso se devia ao fato de que aproximadamente a metade da população não dispunha de seguro saúde. Estes achados foram inesperados, dado que geralmente se acreditava que o sistema de saúde mexicano era financiado basicamente com recursos públicos. Em contraste, a análise revelou a existência de um paradoxo inaceitável. Sabemos que a atenção de saúde é uma das maneiras mais efetivas de combater a pobreza. No entanto, a própria atenção médica se transforma em fator de empobrecimento das famílias quando não existem mecanismos sociais para garantir um financiamento justo que proteja toda a população.

A consciência do fato de que milhões de famílias vinham pagando somas catastróficas de seus próprios bolsos gerou uma

perspectiva diferente da operação do sistema de saúde. Os formuladores das políticas públicas ampliaram seu enfoque, passando a levar em consideração diversos temas financeiros que mostravam ter enorme impacto na prestação de serviços de saúde e nos níveis da pobreza das famílias mexicanas. Outro bem público global que contribuiu para a reforma foi o marco da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Esse marco, publicado em 2000 como parte do *Relatório sobre a Saúde no Mundo*, deu ênfase no financiamento justo como um dos objetivos intrínsecos dos sistemas de saúde.<sup>6</sup>

Em consequência direta dos altos níveis de despesas de bolso, o México mostrou um desempenho muito pouco expressivo na comparação internacional sobre justiça financeira. Em vez de gerar uma reação defensiva, a constatação desse resultado levou à realização em 2001 de uma análise detalhada no nível nacional, a qual demonstrou que os gastos catastróficos se concentravam nas famílias pobres e sem seguro. Essa análise foi levada a cabo conjuntamente pela Secretaria da Saúde do México, pela OMS e pela Fundação Mexicana para a Saúde, o que constitui um exemplo da forma em que os governos nacionais, os organismos internacionais e as instituições não governamentais podem unir esforços. A análise em nível nacional foi baseada em dados das pesquisas de renda e gasto para o México, outro bem público global. Essas pesquisas são realizadas por muitos países do mundo e geram bases de dados homogêneas que são a chave das comparações internacionais.

O uso cuidadoso das análises nacionais e internacionais gerou as ferramentas necessárias para promover uma profunda reforma legislativa, aprovada em 2003 por uma ampla maioria no Congresso do México, estabelecendo um sistema de proteção social em saúde. Esse sistema está reorganizando e aumentando o financiamento público em até um ponto percentual do PIB durante um período de sete anos. O objetivo é oferecer um seguro saúde universal que beneficiará 50 milhões de mexicanos, pobres em sua maioria, que até agora tinham ficado à margem dos esquemas formais de seguro, seja por serem trabalhadores autônomos, seja por estarem fora do mercado de trabalho, seja por trabalharem no setor informal da economia.

Um dos selos diferenciadores da experiência mexicana foram o investimento em pesquisa para planejamento da reforma, o seguimento de sua implantação e a avaliação de seus resultados. Este é um claro exemplo da possibilidade de harmonizar dois

valores centrais da pesquisa em saúde: a **excelência científica** e a **pertinência para a tomada de decisões**.

Hoje em dia, quando todos estamos buscando melhores maneiras de fortalecer os sistemas de saúde, a necessidade de contar com uma pesquisa sólida para iluminar a tomada de decisões se acentua. Devido aos vazios em nosso conhecimento atual, todas as iniciativas de reforma devem ser vistas como um experimento cujos efeitos é preciso documentar em benefício de qualquer outra iniciativa, presente ou futura. Isso exige uma sólida inversão na pesquisa de sistemas de saúde. Cada inovação é uma oportunidade de aprendizagem. Deixar de aproveitá-la nos condena a redescobrir, com um custo enorme, o que já se sabia ou, pior ainda, a repetir os erros do passado. Para **reformular** é indispensável **informar**, ou, do contrário, corre-se o perigo de **deformar**.

O caso mexicano também demonstra que é falso o dilema entre a pesquisa local e a global. Como já vimos, a globalização permite converter o conhecimento num bem público internacional que pode ser colocado no centro das agendas nacionais a fim de fazer frente a algum problema local. Essa aplicação, por sua vez, realimenta o acervo global de experiências, gerando assim um processo de aprendizagem compartilhado entre as nações.

Por último, a reforma mexicana ilustra a maneira pela qual os bens públicos do conhecimento podem conferir aos tomadores locais de decisões poderes para fazer avançar a agenda de saúde na competição por atenção e recursos públicos. Os responsáveis pela saúde podem usar as evidências globais para demonstrar que, além de seu valor intrínseco, um sistema de saúde com um desempenho bom contribui para o bem-estar geral da sociedade, por melhorar a produtividade, aumentar as capacidades educacionais, desenvolver o capital humano, gerar empregos, proteger a poupança, aliviar a pobreza, melhorar a competitividade e estimular diretamente o crescimento econômico. Esses argumentos têm sido uma poderosa ferramenta para convencer os tomadores de decisões da necessidade de mobilizar **mais dinheiro para a saúde**. Mas também é necessário garantir os cidadãos que vamos ter um sistema de saúde eficiente a fim de obter **mais saúde pelo dinheiro**.

O desempenho dos sistemas locais de saúde também pode ser incrementado com um dos motores mais potentes da globalização: a revolução das telecomunicações. A telemedicina está abrindo enormes perspectivas de melhoria do acesso das populações

marginalizadas aos benefícios da inovação, uma vez que aponta para um futuro no qual a distância física não constituirá um obstáculo significativo para a atenção de saúde.

O desafio, é claro, estará em assegurar que as brechas geográficas não sejam simplesmente substituídas por brechas digitais; e que as novas tecnologias não gerem novas formas de exclusão social. A magnitude desse desafio mostra-se clara quando constatamos que 80% da população mundial, que vivem nos países em vias de desenvolvimento, representam menos de 10% dos usuários da Internet.<sup>7</sup> As novas formas de exclusão social são alimentadas pelas velhas calamidades da pobreza e da desigualdade. Os 1,3 bilhões de pessoas que sobrevivem com um dólar por dia nos lembram as enormes brechas que ainda é necessário superar.

A exclusão e a desigualdade são um dos lados obscuros da globalização; a insensibilidade em face das culturas locais é outro. Juntos, eles podem explicar um dos mais dolorosos paradoxos de nossos dias: exatamente quando a tecnologia se aproximou como nunca dos seres humanos, estamos sendo testemunhas do reaparecimento da intolerância, na forma de xenofobia, extermínio étnico e opressão.

E com a intolerância vem, como um irmão siamês, o terrorismo, tradicionalmente o instrumento das minorias fanáticas ofendidas que se recusam a crer na persuasão. Em sua essência, o terrorismo é a pior forma de desumanização, já que converte pessoas inocentes em simples alvo de ataque. O arsenal do terrorismo foi ampliado, passando a incluir armas químicas e biológicas. De acordo com as agências de inteligência, nos últimos anos vários agrupamentos militantes do mundo procuraram desenvolver ou adquirir armas biológicas para fins terroristas. Muito se tem discutido sobre a viabilidade e possível magnitude deste tipo de ataque. O que parece claro, no entanto, considerando acontecimentos ocorridos recentemente em Nova York, Madri e Londres e o rápido crescimento do poder da biotecnologia, é a necessidade de fortalecer nossos sistemas de vigilância mediante redes internacionais de laboratórios de saúde pública, mecanismos eficientes de intercâmbio de informações e programas de treinamento para pessoal especializado. Independentemente de se materializar ou não um ataque bioterrorista, essas medidas em si mesmas podem melhorar o funcionamento cotidiano de nossos sistemas de saúde para o bem comum (Henderson, 2001).

A mais longo prazo, o maior desafio que enfrentamos é o de construir uma ordem mundial caracterizada pela paz em meio à diversidade. Em vez de afirmar nossas identidades rejeitando ou destruindo o que é diferente, nossa obrigação é procurar atenuar as confrontações, equilibrar os protestos e buscar acordos (Berlin, 1992). Dessa maneira, poderemos viver de acordo com o que Vaclav Havel (1995), ex-presidente da República Tcheca, denominou um código básico de coexistência mútua.

A saúde pode contribuir para esse objetivo porque envolve aqueles fenômenos que unem todos os seres humanos. É nisso, no nascimento, na doença, na recuperação e, finalmente, na morte, que todos encontramos nossa humanidade comum. Em momentos críticos para o mundo, a saúde sempre foi uma das poucas aspirações verdadeiramente universais. De fato, antes da constituição dos organismos técnicos especializados, as questões de saúde eram um bem básico da diplomacia internacional. Hoje, a saúde nos oferece, em um novo conceito, a oportunidade concreta de reconciliar o **interesse próprio** de todos os países com o **interesse comum** de todas as nações. Hoje, como nunca, a saúde é uma ponte para a paz, um terreno comum, uma fonte de segurança compartilhada.

Para que possamos construir uma nova ordem mundial na qual valores como a saúde sejam promovidos com vistas à justiça e à segurança, será necessário renovar a cooperação internacional. Para concluir, permitam-me sugerir três elementos para essa renovação, três “ee”: intercâmbio de experiências, evidência e empatia.

Os sistemas de saúde em todo o mundo estão enfrentando desafios sem precedentes, muitos deles, como já se mencionou, relacionados com a globalização. A revolução das comunicações nos oferece a oportunidade de intercambiar **experiências** sobre as melhores maneiras de enfrentar esses desafios. Para que o intercâmbio seja útil, dever-se-á basear em **evidências** no tocante às alternativas. Só assim seremos capazes de construir uma sólida base de conhecimentos sobre o que verdadeiramente funciona e sobre as possibilidades de transferi-lo a outros países quando isso se mostre cultural, política e financeiramente razoável.

Mas há um valor a mais. O filósofo britânico Isaiah Berlin (2001) propôs o estudo comparativo de outras culturas como antídoto contra a intolerância, os estereótipos e o perigo ou engano por parte de indivíduos, tribos, estados, ideologias ou religiões que se apresentam como os possuidores únicos da verdade. E isso nos

conduz ao terceiro elemento, a **empatia**, essa característica humana que nos permite participar emocionalmente em uma realidade alheia, compreendê-la, relacionar-nos com ela e, no final das contas, valorizar aqueles elementos essenciais que fazem de todos nós membros da raça humana.

Ao nos envolver nesse processo de renovação, bem nos conviria lembrar as palavras de um líder universal, o Dr. Martin Luther King Jr. (1968), que, há quase 40 anos, escreveu o seguinte:

“Na realidade as coisas se reduzem a isto: que a vida toda está inter-relacionada. Todos nos encontramos apanhados em uma rede inescapável de reciprocidade, entretecida na vestimenta de um destino comum. Qualquer coisa que afete a diretamente uma pessoa afeta todas as demais de maneira indireta”.

Continuemos tecendo juntamente o destino de uma melhor saúde para a humanidade inteira neste mundo interdependente que temos o privilégio de compartilhar.

## **DADOS BIOGRÁFICOS DOS AUTORES**

*Julio Frenk* formou-se em 1979 como médico cirurgião pela Universidade Nacional Autônoma do México. Na Universidade de Michigan, obteve os graus de Mestre em Saúde Pública (1981), Mestre em Sociologia (1982) e Doutor Conjunto em Organização de Atenção Médica e em Sociologia (1983). De 1987 a 1992, funcionou como Diretor Geral Fundador do Instituto Nacional de Saúde Pública do México. Entre 1995 e 1998, foi Vice-Presidente Executivo da Fundação Mexicana para a Saúde, uma organização da sociedade civil, e Diretor de seu Centro de Economia e Saúde. Em 1998, o Dr. Frenk foi nomeado Diretor Executivo encarregado de Provas Científicas e Informação para as Políticas da Organização Mundial da Saúde, com sede em Genebra, Suíça. Atualmente é Ministro da Saúde do México.

*Octavio Gómez Dantés* é médico cirurgião formado pela Universidade Autônoma Metropolitana do México. Possui graus de Mestre em Saúde Pública e em Políticas de Saúde, ambos da Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard. Foi pesquisador no Instituto Nacional de Saúde Pública do México e na Fundação Mexicana para a Saúde, onde fez pesquisas nas áreas de políticas de saúde e saúde internacional. Foi também assessor da Academia Nacional de Medicina em um projeto sobre o impacto do Acordo de Livre Comércio da América do Norte sobre os serviços de saúde no México. Atualmente, é Diretor Geral de Avaliação do Desempenho da Secretaria da Saúde do México.

## NOTAS DE PÉ DE PÁGINA/NOTAS DE FINAL DE CAPÍTULO

1. Board on International Health, Institute of Medicine. 1997. "America's Vital Interest in Global Health: Protecting our People, Enhancing our Economy, and Advancing our International Interests". Washington, D.C.: National Academy Press.
2. Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuinness, M., and Knaul, F. 1997. *The New World Order and International Health*. BMJ 314:1404-1407.
3. World Health Organization. 1999. Medical Products and the Internet. Geneva: WHO.
4. World Health Organization. 2000. World Health Report. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
5. Kaul, I., Grumberg, Y., and Stein, M., eds. 1999. *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. New York: Oxford University Press for the United Nations Development Programme.
6. World Health Organization. World Health Report 2000. *Health Systems: Improving performance*. Geneva: WHO.
7. United Nations Development Programme. 1999. Human Development Report. New York: Oxford University Press.

## REFERENCIAS

- Berlin, I. 1992. "The pursuit of the ideal". In: Berlin, I., *The Crooked Timber of Humanity*. New York: Vintage Books.
- Berlin, I. 2001. Nacionalismo: notas para una conferencia futura. *Letras Libres* 3, 34.
- Garret, L. 2005. The Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Havel, V. 1995. A Courageous and Magnanimous Creation. *Harvard Gazette* June, 15.
- Henderson, D. 2001. Testimony Before the Foreign Relations Committee of the U.S. Senate, September 5.
- Hobsbawm, E. 1994. *The Age of Extremes: A History of the World, 1914-1991*. New York: Pantheon Books.
- Karlen, A. 1995. Man and Microbes. *Disease and Plagues in History and Modern Times*. New York: Simon and Schuster.
- Kearny, A.T., Inc. 2001. Foreign Policy. "Midiendo la globalización". *Este País*, May.
- King, ML, Jr. 1968. *The Trumpet of Conscience*. New York: Harper.
- Osterholm, M. 2005. Preparing for the Next Pandemic. *Foreign Affairs* 84, 4.
- Porter, R. 1996. *Illustrated History of Medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Porter, R. 1999. Health, Civilization and the State. *A history of Public Health from Ancient to Modern Times*. London & New York: Routledge.
- Porter, R. 2004. *A Short History of Medicine*. Blood and Guts. New York and London: WW Norton & Company.
- Valaskakis, K. 2001. Westfalia II: por un nuevo orden mundial. *Este País* 126.