

# GLOBALIZACIÓN Y SALUD: RETOS PARA LOS SISTEMAS DE SALUD EN UN MUNDO INTERDEPENDIENTE\*

*Julio Frenk*

*Octavio Gómez-Dantés*

---

El desplazamiento de los asuntos humanos del marco restringido de la nación-estado al vasto escenario del planeta Tierra está afectando no solo el comercio, las finanzas, la ciencia, el medio ambiente, el crimen y el terrorismo; también está influyendo en la salud (Valaskakis, 2001). En 1997, un importante informe publicado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América señaló: “Las distinciones entre los problemas de salud domésticos e internacionales están perdiendo utilidad y en ocasiones generan confusión”.<sup>1</sup> Esto se debe a lo que el gran historiador europeo Eric Hobsbawm (1994) denominó la virtual aniquilación del tiempo y la distancia.

No se quiere con esto sugerir que los contactos internacionales intensos son una novedad. Desde tiempos inmemoriales las fuerzas del comercio, la migración, la guerra y la conquista han unido a personas de lugares distantes. Después de todo, la expresión “ciudadano del mundo” fue acuñada por el filósofo Diógenes en el siglo IV antes de nuestra era. Lo novedoso es el ritmo, amplitud y profundidad de la integración. Como nunca antes, las consecuencias de las acciones que suceden en lugares lejanos se manifiestan, literalmente, en las puertas de nuestros hogares.

---

\*Parte de las reflexiones sobre globalización y salud que aquí se presentan se basan, con modificaciones, en el siguiente artículo: Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. 2002. Globalization and the Challenges to Health Systems. *Health Affairs* 21, 3:160-165.

El grado de proximidad en nuestro mundo se puede ilustrar con el número de viajeros internacionales, que se triplicó de 1980 a la fecha y hoy asciende a tres millones de personas diarias. Además, hace dos años, el tráfico telefónico alcanzó por primera vez en la historia los 100 mil millones de llamadas (Kearny, 2001). El mismo movimiento anti-globalización se globalizó en 2001 cuando activistas de todo el mundo se reunieron en el primer Foro Social Mundial en Porto Alegre, Brasil. No podemos subestimar las implicaciones de estos cambios para la salud. Además de atender los problemas domésticos, todos los países del mundo tienen ahora que enfrentar la transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud.<sup>2</sup>

El caso más obvio de la desaparición de las fronteras de la salud es la diseminación de enfermedades transmisibles. De nuevo, no se trata de un fenómeno novedoso *per se*. El primer caso documentado de epidemia transnacional fue la plaga ateniense del 430 de nuestra era. Habiéndose originado probablemente en África, se diseminó en barcos que comerciaban con granos, a través de Persia, a la Grecia antigua (Porter, 1996). La Muerte Negra de 1347, que acabó con una tercera parte de la población europea, fue resultado directo del comercio internacional. En el siglo XVI, la conquista de los imperios azteca e inca constituyó un ejemplo temprano de guerra bacteriológica involuntaria a través de la introducción de la viruela y el sarampión en poblaciones que no se habían expuesto a estos padecimientos. La colonización del Caribe y Brasil casi condujo a la exterminación de las poblaciones indígenas, situación que obligó a la importación de esclavos de África occidental. Este tráfico, a su vez, llevó el paludismo y la fiebre amarilla al Nuevo Mundo, creando desastres adicionales (Porter, 1999). En este intercambio microbiano, es posible que Cristóbal Colón haya llevado una grave enfermedad de las Américas a Europa, la sífilis (Porter, 2004).

Otro ejemplo de la ininterrumpida historia de la transferencia transnacional de infecciones es la pandemia de cólera de 1829, que se originó en Asia, pasó a Egipto y el Norte de África, entró en Rusia y cruzó a Europa. Tres años después llegó a la costa este de Estados Unidos. Más recientemente, la pandemia de influenza de principios del siglo XX, la mal llamada influenza española, produjo más decesos que la Primera Guerra Mundial.

Como podemos ver, las enfermedades infecciosas tienen un viejo expediente de presencia cosmopolita. Lo novedoso, como se mencionó anteriormente, es la escala de lo que se ha dado en

llamar “tráfico microbiano”. El incremento explosivo del comercio y los viajes internacionales produce miles de contactos potencialmente infecciosos, y los *jets* han reducido el tiempo incluso de los viajes intercontinentales más largos, a menos del periodo de incubación de cualquier enfermedad infecciosa humana. Así, el “mosquito tigre”, un potente vector del virus del dengue, se introdujo en Estados Unidos en los años ochenta en un cargamento de neumáticos usados provenientes del norte de Asia. De la misma manera, el brote peruano de cólera que se inició en enero de 1991, se convirtió en una epidemia continental en cuestión de semanas.

La tuberculosis es otro problema re-emergente. En el mundo hay alrededor de 9 millones de personas que sufren de esta enfermedad y más de 2 millones mueren por esta causa anualmente. Varias razones explican su regreso; una de ellas es la fragilidad de las personas inmuno-suprimidas. Frecuentemente la tuberculosis es uno de los primeros signos de infección con VIH. Otras variables que influyen en el desarrollo de esta enfermedad son el hacinamiento, la mala nutrición y la falta de atención a la salud, factores todos ellos comunes entre los socialmente marginados.

Las últimas adiciones a la lista de epidemias globales son el síndrome respiratorio agudo severo o SARS y la influenza aviar. Esta última es todavía un peligro regional, pero hay especialistas que anticipan una pandemia de este tipo de influenza (Osterholm, 2005). Al respecto, confrontamos dos grandes retos. En primer lugar, existe la necesidad de diseñar medicamentos más efectivos contra las enfermedades virales en general y, más en específico, contra la influenza. El *oseltamivir*, un inhibidor de neuraminidasa, puede reducir los síntomas y prevenir la transmisión de la gripe, pero sus verdaderos beneficios todavía están por demostrarse. El otro reto es la necesidad de nuevas tecnologías para producir vacunas contra la influenza, más económicas y de manera más rápida. Éste es un reto enorme, dada la demanda que se produciría en caso de una pandemia de esta naturaleza (Garret, 2005). Además, se necesita expandir la capacidad de producción de estas vacunas mediante el fortalecimiento de la infraestructura, la capacitación de los recursos humanos y la transferencia de tecnología a un mayor número de países que los nueve que están en condiciones de producirla.

La aceleración de la diseminación de las enfermedades infecciosas se relaciona con cambios radicales en nuestro ambiente y estilos de vida, lo cual ha llevado a Arno Karlen (1995) a hablar

de una nueva era bio-cultural. En efecto, para complicar aún más las cosas, no son solamente la gente y los microbios los que viajan de un país a otro; también lo hacen las ideas y los estilos de vida. El tabaquismo y la obesidad son los mejores ejemplos de los riesgos a la salud ligados a la globalización que están imponiendo una doble carga a los sistemas de salud en el mundo, complicando aún más las inequidades existentes. De hecho, los problemas que afectan **únicamente** a los pobres, como la malaria, no son los **únicos** problemas de los pobres. Las muertes relacionadas con el consumo de tabaco se están concentrando de manera creciente en los países en vías de desarrollo, que carecen de las estructuras legales y regulatorias para contrarrestar el enorme poder de las corporaciones multinacionales. La única manera de contrarrestar ese poder es acoplando las políticas nacionales con instrumentos globales, como la Convención Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el primer tratado internacional de salud pública. México fue el primer país en firmar dicho tratado en la región de las Américas.

Pero la globalización de la salud va más allá de las enfermedades y los riesgos para incluir también a los productos para la salud. Por mencionar un ejemplo, las regulaciones sobre el acceso a medicamentos que requieren de prescripción en un país pueden ser subvertidas cuando un país vecino permite la compra indiscriminada de antibióticos, estimulando así la aparición de microbios resistentes en ambos países.

Otro desarrollo reciente con implicaciones potenciales para la prescripción irracional de medicamentos y la consecuente diseminación de resistencias microbianas es el creciente comercio de servicios y medicamentos a través de la Internet. El hecho de que no se trata ya de un fenómeno marginal queda demostrado con los esfuerzos recientes de la Organización Mundial de la Salud para controlarlo.<sup>3</sup>

Todos estos son factores contextuales que limitan el impacto final de los productos para la salud, particularmente los medicamentos y las vacunas, ya que, al final del día, todas las innovaciones tecnológicas tienen que proveerse a través de sistemas de salud concretos. Como lo hemos experimentado en el caso de los amargos debates alrededor del acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA, el desarrollo de fármacos efectivos en ausencia de mecanismos adecuados para hacerlos llegar a los pacientes puede crear dilemas éticos y políticos muy serios.

Por fortuna, ésta es una de las áreas en donde la interdependencia ha abierto nuevas avenidas para la acción colectiva internacional. Así, los esfuerzos iniciales de los años noventa por reducir el costo de los medicamentos contra el SIDA generaron resultados muy modestos. Hace unos años, sin embargo, una fuerte movilización internacional persuadió a varias compañías farmacéuticas multinacionales a establecer acuerdos con países en vías de desarrollo para ofrecer descuentos significativos en los precios de los medicamentos. México se benefició de estos acuerdos, y gracias a ello hoy se cuenta en nuestro país con acceso universal a los anti-retrovirales.

Fuerzas relacionadas con la globalización también posibilitaron la organización en 2001 de una Sesión Especial de la Asamblea General de la ONU dedicada al VIH/SIDA, que aprobó una histórica Declaración de Compromiso. Ésta fue la primera vez en la historia que la Asamblea General dedica una sesión a un tema de salud, lo que subraya el creciente vínculo entre las pandemias como el SIDA, el desarrollo económico y la seguridad global.

La creciente complejidad de los sistemas de salud ha incrementado como nunca el valor de las comparaciones internacionales sobre este particular. Dado el enorme impacto económico y social de las decisiones de política, los países se pueden beneficiar de un proceso de aprendizaje compartido. Éste es el significado del esfuerzo que llevó a cabo en el año 2000 la Organización Mundial de la Salud para evaluar el desempeño de los sistemas de salud de todo el mundo.<sup>4</sup> El análisis comparativo tiene el potencial de promover la diseminación internacional de las mejores prácticas existentes.

Este tipo de bienes públicos globales relacionados con el conocimiento será clave para alcanzar mejoras adicionales en la salud.<sup>5</sup> De hecho, ahora sabemos que la mayor parte de los progresos en salud que se produjeron en el siglo XX pueden atribuirse al avance del conocimiento, a través de tres mecanismos. En primer lugar, el conocimiento genera nuevas y mejores tecnologías para el desarrollo de medicamentos, vacunas y procedimientos diagnósticos. En segundo lugar, el conocimiento científico, al ser interiorizado por las personas, estructura su comportamiento cotidiano en asuntos tan importantes como la higiene personal, los hábitos alimenticios, la sexualidad y la crianza de los niños. De esta manera el conocimiento ayuda a que las personas modifiquen sus estilos de vida para el beneficio de su salud. En tercer lugar, el conocimiento puede mejorar la toma de

decisiones de los gobiernos, tanto en la prestación de los servicios de salud como en la formulación de las políticas públicas.

Cada uno de estos mecanismos se ve limitado por una serie de brechas que debemos superar. Por lo que se refiere al uso del conocimiento para generar nuevas soluciones, nuestro principal reto es enfrentar “la brecha 10/90”, que implica que apenas 10% de los recursos globales para la investigación en salud se destinan a los problemas que afectan a 90% de la población mundial. Por lo que toca al uso del conocimiento para mejorar los estilos de vida, el reto consiste en ampliar el acceso a él por parte de todas las personas, particularmente las más pobres. Democratizar el conocimiento es esencial para que las personas desarrollen el poder de enfrentar los riesgos añejos y emergentes. Este poder les permite asimismo ser usuarios informados de los servicios de salud y ciudadanos exigentes de sus derechos. Finalmente, la tercera brecha se refiere a la distancia que aún separa el conocer y el hacer, debido a una deficiente traducción de la investigación en decisiones para la acción inmediata. Aquí el gran reto es lograr que el **poder de las ideas** oriente las **ideas del poder**, es decir, las ideas de aquéllos que tienen el poder para diseñar e implantar las políticas de salud.

Diversos desarrollos recientes en nuestro país pueden servir para ilustrar este último punto. Gracias a la colaboración de varias organizaciones académicas e internacionales, el armamento analítico de las políticas de salud se ha visto considerablemente enriquecido durante los últimos años con herramientas como la medición de la carga de enfermedad, el análisis de costo-efectividad, las cuentas nacionales de salud y las encuestas estandarizadas. La aplicación rigurosa de estos bienes públicos globales relacionados con el conocimiento, aunada a la existencia de excelentes bases de datos nacionales, ayudó a catalizar una reforma estructural del sistema mexicano de salud.

Se trata posiblemente de un caso de libro de texto en lo que se refiere a políticas basadas en evidencias. En efecto, el análisis riguroso hizo posible que tanto los tomadores de decisiones como el público en general cobraran conciencia de diversas realidades críticas que requerían de una solución. Así, el cálculo cuidadoso de las cuentas nacionales de salud reveló que más de la mitad del gasto total en salud en México era gasto de bolsillo. Esto se debía al hecho de que aproximadamente la mitad de la población carecía de seguro de salud. Estos hallazgos resultaron inesperados, ya que había la creencia generalizada de que el sistema mexicano de salud

se financiaba básicamente con recursos públicos. En contraste, el análisis reveló la existencia de una paradoja inaceptable. Sabemos que la atención de la salud es una de las maneras más efectivas para luchar en contra de la pobreza. Sin embargo, la propia atención médica se convierte en un factor de empobrecimiento de los hogares cuando no se cuenta con los mecanismos sociales para garantizar un financiamiento justo que proteja a toda la población.

La conciencia del hecho de que millones de hogares habían estado pagando sumas catastróficas de sus bolsillos, generó una perspectiva diferente sobre la operación del sistema de salud. Los diseñadores de las políticas públicas ampliaron su enfoque para tomar en consideración diversos temas financieros que demostraron tener un enorme impacto sobre la prestación de servicios de salud y los niveles de pobreza de los hogares mexicanos. Otro bien público global que contribuyó a la reforma fue el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Este marco, publicado en el año 2000 como parte del *Informe sobre la Salud en el Mundo*, puso énfasis en el financiamiento justo como uno de los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud.<sup>6</sup>

Como consecuencia directa de los altos niveles de gasto de bolsillo, México mostró un desempeño muy pobre en la comparación internacional sobre justicia financiera. En lugar de generar una reacción defensiva, la constatación de este resultado echó a andar en 2001 un análisis detallado a nivel nacional, el cual demostró que los gastos catastróficos se concentraban en los hogares pobres y no asegurados. Este análisis fue llevado a cabo de manera conjunta por la Secretaría de Salud de México, la OMS y la Fundación Mexicana para la Salud, lo que constituye ejemplo de la forma en que los gobiernos nacionales, los organismos internacionales y las instituciones no gubernamentales pueden unir esfuerzos. El análisis a nivel nacional se basó en datos de las encuestas de ingreso y gasto para México, otro bien público global. Estas encuestas son producidas por muchos países del mundo y generan bases de datos homogéneas que son clave para las comparaciones internacionales.

El uso cuidadoso de los análisis nacionales e internacionales generó las herramientas necesarias para promover una profunda reforma legislativa que fue aprobada en el 2003 por una amplia mayoría en el Congreso de México, estableciendo un sistema de protección social en salud. Este sistema está reorganizando e incrementando el financiamiento público hasta en un punto

porcentual del PIB durante un periodo de siete años. El objetivo es ofrecer un seguro universal de salud que beneficiará a 50 millones de mexicanos, pobres en su mayoría, que hasta ahora habían quedado excluidos de los esquemas formales de aseguramiento por ser auto-empleados, estar fuera del mercado de trabajo, o trabajar en el sector informal de la economía.

Uno de los sellos distintivos de la experiencia mexicana ha sido la inversión en investigación para el diseño de la reforma, el seguimiento de su implantación, y la evaluación de sus resultados. Éste es un claro ejemplo de la posibilidad de armonizar dos valores centrales de la investigación en salud: la **excelencia científica** y la **pertinencia a la toma de decisiones**.

La necesidad de contar con investigación sólida para iluminar la toma de decisiones se acentúa en estos tiempos, cuando todos estamos buscando mejores maneras de fortalecer los sistemas de salud. Debido a los vacíos en nuestro conocimiento actual, cada iniciativa de reforma debe ser vista como un experimento cuyos efectos deben ser documentados en beneficio de cualquier otra iniciativa, presente o futura. Ello requiere de una sólida inversión en la investigación de sistemas de salud. Cada innovación es una oportunidad de aprendizaje. No aprovecharla nos condena a redescubrir, con un enorme costo, lo que ya se sabía o, peor aún, a repetir los errores del pasado. Para **reformar** es indispensable **informar**, o de lo contrario se corre el peligro de **deformar**.

El caso mexicano también demuestra que el dilema entre la investigación local y la global es falso. Como hemos visto, la globalización permite convertir al conocimiento en un bien público internacional que puede llevarse al centro de las agendas nacionales con el fin de hacer frente a algún problema local. Esta aplicación, por su parte, retroalimenta el acervo global de experiencias, generando así un proceso de aprendizaje compartido entre las naciones.

Por último, la reforma mexicana ilustra la manera en la que los bienes públicos del conocimiento pueden empoderar a los tomadores locales de decisiones para hacer avanzar la agenda de salud en la competencia por atención y recursos públicos. Los responsables de la salud pueden usar las evidencias globales para demostrar que, además de su valor intrínseco, un sistema de salud con un buen desempeño contribuye al bienestar general de la sociedad, al mejorar la productividad, incrementar las capacidades educativas, desarrollar el capital humano, generar empleo, proteger el ahorro, aliviar la pobreza, mejorar la competitividad y estimular

de manera directa el crecimiento económico. Estos argumentos han sido una poderosa herramienta para convencer a los tomadores de decisiones sobre la necesidad de movilizar **más dinero para la salud**. Pero también es necesario garantizar a los ciudadanos que tengamos un sistema de salud eficiente para obtener **más salud por el dinero**.

El desempeño de los sistemas locales de salud también puede incrementarse con uno de los más potentes motores de la globalización: la revolución de las telecomunicaciones. La telemedicina está abriendo enormes perspectivas de mejorar el acceso de las poblaciones marginadas a los beneficios de la innovación, ya que apunta hacia un futuro en donde la distancia física no constituya un obstáculo significativo para la atención de la salud.

El reto, por supuesto, será asegurarse de que las brechas geográficas no sean simplemente sustituidas por las brechas digitales, y que las nuevas tecnologías no generen nuevas formas de exclusión social. La magnitud de este reto resulta clara cuando constatamos que el 80 por ciento de la población mundial, que vive en los países en vías de desarrollo, representa menos del 10 por ciento de los usuarios de la Internet.<sup>7</sup> Las nuevas formas de exclusión social se alimentan de las viejas calamidades de la pobreza y la desigualdad. Los 1,300 millones de personas que sobreviven con un dólar al día nos recuerdan las enormes brechas que aún es necesario superar.

La exclusión y la desigualdad son uno de los lados oscuros de la globalización; la insensibilidad hacia las culturas locales es otro. Juntos pueden explicar una de las paradojas más dolorosas de nuestros días: precisamente cuando la tecnología ha acercado como nunca a los seres humanos, estamos siendo testigos de la reaparición de la intolerancia en la forma de xenofobia, exterminio étnico y opresión.

Y con la intolerancia, como un gemelo siamés, viene el terrorismo, tradicionalmente el instrumento de las minorías fanáticas ofendidas que se resisten a creer en la persuasión. En su esencia, el terrorismo es la peor forma de deshumanización ya que convierte a la gente inocente en un simple blanco de ataque. El arsenal del terrorismo se ha expandido para incluir a las armas químicas y biológicas. De acuerdo con las agencias de inteligencia, en años recientes varios grupos militantes del mundo han tratado de desarrollar o adquirir armas biológicas para fines terroristas. Mucho se ha discutido sobre la viabilidad y posible magnitud de

este tipo de ataques. Lo que parece claro, sin embargo, a la luz de los acontecimientos recientes ocurridos en Nueva York, Madrid y Londres, y el rápido crecimiento del poder de la biotecnología, es la necesidad de fortalecer nuestros sistemas de vigilancia a través de redes internacionales de laboratorios de salud pública, mecanismos eficientes de intercambio de información y programas de capacitación para personal especializado. Independientemente de que se materialice o no un ataque bio-terrorista, estas medidas en sí mismas pueden mejorar el funcionamiento cotidiano de nuestros sistemas de salud para el bien común (Henderson, 2001).

En el largo plazo el mayor reto que enfrentamos es el de construir un orden mundial caracterizado por la paz en medio de la diversidad. En vez de afirmar nuestras identidades rechazando o destruyendo lo que es diferente, nuestra obligación es tratar de suavizar las confrontaciones, equilibrar los reclamos y buscar acuerdos (Berlin, 1992). De esta manera, podremos vivir de acuerdo a lo que Vaclav Havel (1995), ex presidente de la República Checa, denominó un código básico de coexistencia mutua.

La salud puede contribuir a este objetivo porque involucra aquellos fenómenos que unen a todos los seres humanos. Es ahí, en el nacimiento, la enfermedad, la recuperación y finalmente la muerte que todos encontramos nuestra humanidad común. En momentos críticos para el mundo la salud ha sido de manera consistente una de las pocas aspiraciones verdaderamente universales. De hecho, antes de la constitución de las agencias técnicas especializadas, los asuntos de salud eran un bien básico de la diplomacia internacional. Hoy la salud nos ofrece de nueva cuenta la oportunidad concreta de reconciliar el **interés propio** de cada país con el **interés común** de todas las naciones. Hoy, como nunca, la salud es un puente para la paz, un terreno común, una fuente de seguridad compartida.

Si hemos de construir un nuevo orden mundial en el que los valores como la salud sean promovidos en aras de la justicia y la seguridad, será necesario renovar la cooperación internacional. Para concluir, permítanme sugerir tres elementos para esa renovación, tres “e”: intercambio de experiencias, evidencia y empatía.

Los sistemas de salud en todo el mundo están enfrentando retos sin precedentes, muchos de los cuales, como ya se mencionó, están relacionados con la globalización. La revolución de las comunicaciones nos ofrece la oportunidad de intercambiar

**experiencias** sobre las mejores maneras de enfrentar esos retos. Para que el intercambio sea útil, deberá estar basado en **evidencias** sobre las alternativas. Solo así seremos capaces de construir una base sólida de conocimientos sobre lo que verdaderamente funciona y sobre las posibilidades de transferirlo a otros países cuando resulte cultural, política y financieramente razonable.

Pero hay un valor más. El filósofo británico Isaiah Berlín (2001) propuso el estudio comparativo de otras culturas como antídoto contra la intolerancia, los estereotipos y el peligro o engaño por parte de individuos, tribus, estados, ideologías o religiones que se presentan como los poseedores únicos de la verdad. Y esto nos conduce al tercer elemento, la **empatía**, esa característica humana que nos permite participar emocionalmente en una realidad ajena, comprenderla, relacionarnos con ella y, al final de cuentas, valorar aquellos elementos esenciales que nos hacen a todos miembros de la raza humana.

Al involucrarnos en este proceso de renovación, haríamos muy bien en recordar las palabras de un líder universal, el Dr. Martín Luther King Jr. (1968), quien hace casi 40 años escribió lo siguiente:

“En realidad las cosas se reducen a esto: que la vida toda está interrelacionada. Todos nos encontramos atrapados en una red inescapable de reciprocidad, entretejidos en la vestimenta de un destino común. Cualquier cosa que afecta a uno directamente, afecta a todos los demás de manera indirecta”.

Sigamos tejiendo juntos el destino de una mejor salud para la humanidad entera en este mundo interdependiente que tenemos el privilegio de compartir.

## NOTAS

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.

## **DATOS BIOGRÁFICOS DE LOS AUTORES**

*Julio Frenk* se graduó en 1979 como médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México. En la Universidad de Michigan obtuvo: Maestría en Salud Pública (1981), Maestría en Sociología (1982) y Doctorado Conjunto en Organización de la Atención Médica y en Sociología (1983). De 1987 a 1992 fungió como Director General Fundador del Instituto Nacional de Salud Pública de México. Entre 1995 y 1998 fue Vicepresidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, una organización de la sociedad civil, y Director de su Centro de Economía y Salud. En 1998 el doctor Frenk fue nombrado Director Ejecutivo encargado de Pruebas Científicas e Información para las Políticas en la Organización Mundial de la Salud con sede en Ginebra, Suiza. Actualmente es el Ministro de Salud de México.

*Octavio Gómez Dantés* es médico cirujano egresado de la Universidad Autónoma Metropolitana de México. Cuenta con una Maestría en Salud Pública y otra Maestría en Políticas de Salud, ambas de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Ha sido investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública de México y en la Fundación Mexicana para la Salud, en donde realizó investigaciones en las áreas de políticas de salud y salud internacional. Fue también asesor de la Academia Nacional de Medicina en un proyecto sobre el impacto del Tratado de Libre Comercio de América del Norte sobre los servicios de salud en México. En el momento actual es Director General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México.