

Nuevos rumbos para la salud*

Los que descienden a la mar en navíos, y hacen negocio en las muchas aguas, ellos han visto las obras de Jehová, y sus maravillas en las profundidades.

—Salmo 107



Dr. George A.O. Alleyne,
Director, Oficina
Sanitaria Panamericana/
Organización
Panamericana
de la Salud

Nací y crecí en el distrito de St. Philip, en la isla de Barbados. Dos de los 11 distritos del país, St. Thomas y St. George, no están sobre la costa. Cuando niños, nos daban lástima las personas de los distritos que no tenían contacto con el mar. El mar desempeñaba un papel importante en nuestras vidas e inspiraba muchas de las imágenes de nuestra niñez. En las vacaciones no íbamos a la playa: íbamos al mar. Muchos de los poemas que aprendimos tenían que ver con el mar, como “Fiebre marina”, de John Masefield, que comienza así: “Debo volver al mar, al solitario mar y el cielo”, y la “Balada del viejo marinero”, de Samuel Coleridge, con esta estrofa memorable:

*Agua, agua por doquier,
Y todas las raciones se achicaron;
Agua, agua por doquier,
Y ni una gota que beber.*

Aquellos que iban al mar en embarcaciones nos infundían gran respeto, realizado por el recuerdo nítido de algunos que nunca volvieron. Así que ahora, al escribir mi último informe como Director de la Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Panamericana de la Salud, permítanme referirme a la Oficina como “el gran navío OPS” y reflexionar sobre el recorrido que hemos hecho y el rumbo que podríamos tomar.

Este es el año de nuestro centenario. Mucho se ha escrito sobre esta odisea institucional de un siglo. Los países han hecho una crónica de su experiencia en el campo de la salud al celebrar la historia de la Organización y dar fe de ella. En efecto, nuestro trabajo conjunto ha dado un gran fruto: el progreso sostenido en la salud en las Américas. A ese progreso han contribuido sobremanera la valoración de la salud en los más altos niveles políticos de todos los países miembros y el uso de tecnologías apropiadas para conseguirla. Sobre todo, la dedicación de incontables cientos de miles, si no millones, de agentes de salud en los países ha tenido una gran influencia positiva. Nunca me canso de rendir homenaje a estos héroes de la salud en las Américas.

* Agradezco al Dr. Julio Frenk la revisión de este mensaje y a la Dra. Judith Navarro su trabajo de edición del mensaje y de preparación del Informe.



En este informe daré una mirada retrospectiva al trabajo realizado por la Oficina en los últimos años. Trataré de hacerlo sin un triunfalismo derivado de los logros ni una actitud defensiva con respecto a las tareas que quedan pendientes. Describiré los logros resultantes de la colaboración entre la Oficina y los países de las Américas. Procuraré presentar un panorama representativo de las numerosas facetas de una institución que se ha comprometido a responder a los diversos mandatos y aspiraciones de los que la han guiado durante más de un siglo, y trataré de mostrar los resultados del relieve que he dado a la información desde el comienzo de mi mandato.

No obstante, en este ensayo introductorio dedicaré más atención al pronóstico de los desafíos con que se enfrentará el gran navío OPS, los bajíos y las rocas con que tropezará y los vientos que lo zarandearán. Me concentraré en las fuertes corrientes, las grandes “transiciones” de nuestro mundo que condicionan la búsqueda de la salud de la gente. Estas transiciones han afectado, y continuarán afectando, tanto al trazado como al mantenimiento de nuestro rumbo.



Mucho se ha escrito sobre la “transición sanitaria”, frase que denota los cambios en la morbilidad debidos principalmente a transiciones demográficas y epidemiológicas, así como a la exposición siempre cambiante a los riesgos ambientales (1, 2). Omran, en su obra fecunda (3), se centró en las causas de mortalidad y describió la transición epidemiológica desde el punto de vista de tres etapas principales caracterizadas respectivamente por la peste y el hambre, las pandemias en retroceso y los problemas de salud causados por el hombre que ocasionan enfermedades crónicas y degenerativas. Treinta años más tarde modificó este concepto, que le parecía demasiado simple, demasiado relacionado con la historia de los países industrializados (4), e introdujo etapas intermedias que dependían del grado de desarrollo del país. Evidentemente, los países y poblaciones no avanzan en forma inexorable y distinta de una etapa en la cual están preocupados únicamente por las grandes epidemias de enfermedades infecciosas a otra en la que dichas epidemias han sido reemplazadas por enfermedades asociadas a la prolongación de la vida y al comportamiento individual.

En las Américas, todos los países están lidiando con un mosaico epidemiológico compuesto por una amplia gama de enfermedades y problemas de salud, de modo que no se trata del fin de una etapa de la transición y el comienzo de otra. Lo importante es la índole del

cambio y su ritmo. Siempre ha habido y continuará habiendo enfermedades infecciosas. El factor fundamental del cambio demográfico más importante en las Américas ha sido la derrota de las principales causas de mortalidad en la primera infancia. Las mejoras de la nutrición y los logros de la salud pública en la lucha contra las enfermedades infecciosas de los niños han influido mucho en la reducción de la mortalidad en la niñez, seguidos de la disminución de la fecundidad femenina. Esta disminución de la fecundidad, tras una reducción de la mortalidad en la niñez con distintos desfases, es un fenómeno que se observa en todo el mundo (5). Sin embargo, siempre he tenido dificultades para aceptar que lo primero se debe a lo segundo, ya que hay numerosos factores que influyen en ambas tendencias en forma independiente.

Un aspecto de la transición en el campo de la salud que no ha recibido suficiente atención es el cambio en los determinantes o vectores de las distintas enfermedades o problemas de salud y, por tanto, los enfoques diferentes que se necesitan para hacerles frente. Pasteur nos ayudó a comprender las causas microbianas de las enfermedades. Menos discernible es la índole insidiosa de la información cuando se usa de manera indebida o, en su forma corriente, como propaganda, como vector o agente de enfermedades modernas que influyen en el panorama epidemiológico. Los tres ejemplos más notorios son las epidemias modernas relacionadas con cambios del comportamiento (término que prefiero usar en vez de “modo de vida”, ya que el comportamiento se puede modificar): el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad. Mientras que los pleitos y las consiguientes sumas enormes de dinero comprendidos en el debate sobre el consumo de tabaco están dando gran prominencia a la epidemia de tabaquismo, la epidemia de obesidad ha ido propagándose silenciosamente por el mundo, atrayendo mucha menos atención.

La historia de la OPS muestra que siempre ha tenido en cuenta los cambios que traen aparejados las transiciones en el campo de la salud. El propósito de gran parte de nuestro trabajo durante los últimos 100 años ha sido reducir la amenaza de las enfermedades infecciosas mediante la atención a factores ambientales y la introducción de tecnologías para mejorar la salud de los niños y disminuir la mortalidad en la niñez. Queda por verse si eso será igualmente eficaz para ayudar a los países a lidiar con transiciones más recientes. No cabe duda de que se necesitarán instrumentos nuevos para hacer frente a otras epidemias y que se encontrarán vectores nuevos. Habrá que intensificar el empleo de las



estrategias de promoción de la salud, como señalé en mi informe del año pasado (6). Sin embargo, no bastará con promulgar estrategias de promoción de la salud. Se debe dar a la información el papel que le corresponde como herramienta para dar seguimiento a las transiciones y para efectuar cambios que conduzcan a una salud mejor (7). Cuando el problema radicaba principalmente en la prevención de las infecciones causantes de las mayores pandemias, la información tal vez haya sido menos esencial como instrumento de la salud pública. En la actualidad, en cambio, el manejo eficaz de la información es imprescindible para detener la propagación de nuevas pandemias, sean o no de origen infeccioso. La fuerza de la información apropiada para detener la propagación del VIH/SIDA es indiscutible. A pesar de nuestra larga historia, la OPS y organizaciones como ella todavía son neófitas en la aplicación de conceptos y tecnologías modernos para usar la información de manera correcta con el propósito de modificar el comportamiento. No estoy seguro si, en el sentido náutico, consideraría la información como el timón o como la vela.



Nos gusta referirnos a nuestra era como la “era de la información”, pero olvidamos que todas las eras lo han sido. Los cambios desencadenados por la imprenta de tipos móviles de Gutenberg en la difusión y el uso de información posiblemente hayan sido tan profundos como los cambios que estamos presenciando en la actualidad. Lo diferente hoy en día es no solo la velocidad con que se transmite la información, sino también el costo reducido de su transmisión. Esta difusión rápida y económica de información ha tenido profundas repercusiones políticas en nuestros tiempos. Gran parte del poder político, que antes estaba centralizado, ahora está descentralizado. Las fronteras entre naciones son más porosas y permeables a la difusión de información que, en muchos casos, es nociva para la salud. Las epidemias modernas que mencioné (el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad) se propagan a través de las fronteras gracias a la difusión fácil de información en forma de avisos publicitarios, razón por la cual resulta difícil a las naciones combatir de modo individual este problema.

Aunque recientemente se ha popularizado el concepto de bienes públicos mundiales, la OPS ha manejado la información como un bien público mundial desde el momento mismo de su fundación. Stiglitz se refiere a los conocimientos como “bien público mundial” y afirma que “la producción eficiente y el uso equitativo de los conocimientos mundiales exigen una acción colectiva” (8). Yo preferiría usar la palabra “información” en este contexto, en vez de “conocimientos”. Hoy más que nunca la

información sobre la salud se ciñe al criterio de bien público mundial, ya que no suscita rivalidades (es decir, la multiplicación de usuarios no representa un costo adicional) ni exclusiones (no se puede impedir a nadie que la use). El desafío para la OPS será continuar produciendo y usando la información como bien público mundial, demostrando al mismo tiempo la utilidad del sistema de cooperación voluntaria que constituye la base de nuestra existencia.

Otro de los grandes cambios que han influido en nosotros y lo seguirán haciendo es nuestro tipo de interacción con los países: una transición en las relaciones. Durante los primeros 25 años de la Oficina, la forma principal de cooperación consistía en recopilar información sobre la situación sanitaria de los países y difundirla a los países miembros. El 2 de diciembre de 1902, el presidente de la primera reunión de la Oficina, Dr. Walter Wyman, Director General de Sanidad de los Estados Unidos, resumió este papel primordial:

Nos hemos reunido para comunicarnos mutuamente informes interesantes y necesarios acerca de nosotros mismos, darnos ánimo haciendo una relación de la buena obra que se está llevando a cabo, en cada República y, al mismo tiempo, confesar, de una manera fraternal, los defectos existentes de cada uno con la seguridad de obtener la simpatía y ayuda que un miembro de una familia espera confiadamente obtener de los otros miembros.

El propósito de compartir la información era que los países pudieran proteger sus fronteras. El conocimiento de la situación de determinadas enfermedades en otros lugares era indispensable para prevenir su ingreso en otros países. Por consiguiente, las actas de las primeras reuniones de los Cuerpos Directivos de la Oficina se referían principalmente a la eficacia de las medidas de cuarentena y la desinfección marítima.

Con el nombramiento del Dr. John D. Long en 1923 como primer Representante Viajero de la Oficina se inició otra transición: la Oficina asumió la función de ayudar a los países a mejorar su situación de salud. Long viajó por las Américas asesorando principalmente sobre medidas sanitarias para aliviar la carga de morbilidad. Sin embargo, el énfasis institucional aún recaía en la prevención de enfermedades dentro de las fronteras de cada país. En la segunda mitad del siglo se produjo otro cambio: el paso al multilateralismo, con actividades en gran medida internacionales o multinacionales. En vista del espíritu de panamericanismo predominante, la comprensión del desplazamiento



internacional de vectores y la disponibilidad creciente de tecnología, los países comenzaron a trabajar en la prevención y el control de enfermedades en las Américas en conjunto, como en el caso de los programas de vacunación y de iniciativas tales como la reciente Comisión Regional de Inocuidad de los Alimentos. Además de la intensificación de las actividades multinacionales de alcance continental, los países comenzaron a cooperar entre ellos, con la Organización como facilitadora. Estoy firmemente convencido de que, en la actualidad, hay experiencias útiles y pericia pertinente en todos los países de las Américas, cuya difusión beneficiará a todos. Esta transición de la labor dentro de cada país a una acción multinacional e internacional ha planteado a la Organización la necesidad de adaptar la forma y el enfoque de su cooperación técnica. Por consiguiente, será necesario que la OPS señale los problemas que puedan solucionarse con iniciativas continentales y use sus conocimientos y su presencia en la Región para garantizar una simetría de beneficios que fomente el apoyo colectivo sostenido del enfoque continental. Entretanto, debemos respetar la soberanía de los Estados-nación, de manera tal que nuestra Organización sea considerada tan pertinente y útil para Belice como para el Brasil.

Cabe prever también que la transición iniciada en el mundo político y agravada por los sucesos del 11 de septiembre de 2001 influya en nuestro trabajo. El Estado-nación tal como lo conocemos, por lo menos en su versión europea, tomó forma definitiva después de la Guerra de los Treinta Años con la firma de los tratados de Westfalia en 1648, que marcó el fin del sistema feudal, el ocaso del Sacro Imperio Romano, el fin de las guerras religiosas y el surgimiento del moderno Estado-nación que se encargaría de los mecanismos sociales necesarios para garantizar el orden y la protección de los derechos básicos de los ciudadanos. El Estado unitario fue el paradigma predominante durante 300 años. En consecuencia, cuando se fundó la Oficina en 1902 y cuando se creó el Código Sanitario Panamericano en 1924, los participantes y los signatarios eran representantes debidamente acreditados de los gobiernos de las Américas. Incluso en la actualidad, las personas que asisten a las reuniones de nuestros Cuerpos Directivos llegan debidamente acreditadas por sus gobiernos nacionales. El sistema multilateral, con las Naciones Unidas en el epicentro, fue un arreglo entre Estados soberanos en una época en que Estado y gobierno eran casi sinónimos. Sin embargo, durante el último siglo hemos visto un resurgimiento del pluralismo que caracterizó la Edad Media, lo que Peter Drucker llama “una colección de instituciones



autónomas y semiautónomas”, cada una preocupada por su propia causa, valores, bienestar y engrandecimiento (9). Los protagonistas ajenos al gobierno están aumentando en número, haciendo sentir su presencia y pidiendo voz, a menudo con estridencia, en las decisiones que afectan a los ciudadanos en conjunto. Los más conocidos son los que integran la llamada sociedad civil y el más claramente definido sector privado.

Esta transición política caracterizada por la difusión del pluralismo presenta varios problemas. Primero está el asunto de la gestión de entidades como la nuestra, que son intergubernamentales en el sentido de que están integradas por un grupo de gobiernos que representan a Estados soberanos. Vemos cada vez más protagonistas no gubernamentales que están tratando de participar en la gestión de los organismos internacionales. Seguramente llegará un día en que nuestra OPS, con su estructura de gestión actual, tendrá que abordar las reivindicaciones de estas otras partes interesadas (tanto empresas comerciales como organizaciones de la sociedad civil) a fin de que la participación sea válida. Esas reivindicaciones se apoyan en parte en el argumento de que dichas organizaciones son “internacionales”, puesto que tienen vínculos y redes que trascienden las fronteras nacionales. Las Naciones Unidas y el Banco Mundial han probado distintos métodos de consulta con diversas instituciones de la sociedad civil, teniendo en cuenta las salvedades con respecto a su legitimidad.

La creación de las Naciones Unidas en 1945 ofreció al mundo la esperanza de un sistema multilateral que colocara en primer plano los intereses comunes y el bienestar de la humanidad, pero hemos visto una lenta erosión del interés en el multilateralismo y una intensificación creciente del enfoque unilateral para solucionar muchos de los problemas del mundo. El predominio mundial indiscutible de Estados Unidos en tantos campos condujo inevitablemente a la percepción de una predilección por la acción unilateral. No obstante, es motivo de gran satisfacción para nosotros que, en el caso de la salud y en las Américas, Estados Unidos haya sido un auténtico colaborador en el enfoque panamericanista de los problemas de salud de nuestro continente.

Sin embargo, hay acuerdo general en que, en un plano más amplio, los ataques terroristas de septiembre pusieron de relieve la necesidad de un nuevo examen y una revaloración de la necesidad absoluta del multilateralismo en el enfoque de algunos de los problemas más difíciles. Joseph Nye, en su libro *The paradox of American power—Why the world's only superpower can't go it alone* (“La paradoja del poder estadounidense:



por qué la única superpotencia del mundo no puede subsistir en el aislamiento”), examina el papel de la superpotencia en este nuevo mundo (10). Su análisis es muy pertinente para nosotros, que estamos en una organización dedicada a la salud. Hace una reseña del surgimiento y expansión de la globalización social, económica y militar y el efecto que ha tenido en la polarización del poder. Afirma que “en la actualidad, el poder está distribuido entre los países de una forma parecida a un complejo juego de ajedrez tridimensional”. En el tablero superior, el poderío militar es en gran medida unipolar, con el predominio indiscutible de los Estados Unidos. En el medio se encuentra el poder económico, multipolar pero concentrado en pocos países. “El tablero inferior es el ámbito de las relaciones transnacionales, que trascienden las fronteras y escapan al control del gobierno. En este tablero inferior, el poder está muy disperso.” Es en este tercer nivel donde se ejerce influencia por medio de lo que él llama “el poder blando”, o sea el poder de captación, en vez de la coerción, el poder que emana de valores compartidos y una valoración de los bienes auténticamente públicos, el poder que se vuelve cada vez más formidable en un mundo cada vez más globalizado como consecuencia de la velocidad y bajo costo de la difusión de información.

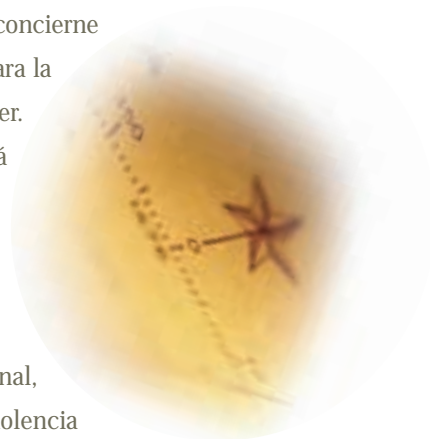
El orden internacional es uno de esos bienes públicos de importancia decisiva para todas las naciones, que se garantiza en gran medida mediante el ejercicio del poder blando. No dudo de que el cuidado de la salud a nivel internacional, o sea la consecución de un estado de salud de todos los habitantes del mundo que implique un alivio de la pobreza y de las privaciones que alimentan tensiones peligrosas, facilitará el orden internacional. Tal como se comprobó en la Encuesta Gallup Internacional del Milenio, los pobres valoran la salud por encima de todo (11). Las organizaciones dedicadas a la salud, como la nuestra, deben fomentar la valoración de la salud como bien en sí y como factor que contribuye al orden público internacional. En efecto, en la taxonomía de los tableros de ajedrez de Nye, el único poder que tenemos es el poder blando. Es la capacidad para facilitar el intercambio, proporcionar la información que permite detectar las tendencias y los riesgos de la salud, y promover valores y principios compartidos apropiados para una entidad social intergubernamental.

No debemos olvidar, a causa del aumento del pluralismo en el Estado-nación, que el Estado tiene ciertas responsabilidades que no pueden evitarse ni delegarse. Aunque, como ya he señalado, las fronteras de los Estados-nación se están volviendo cada vez más porosas, lo cual permite

la difusión de propagandas que crean ciertos riesgos para la salud, el Estado debe cumplir su deber de contrarrestar esos riesgos. A pesar de que la colaboración en la protección y promoción de la salud en el contexto mundial y regional siempre será importante, el Estado sigue teniendo ciertas responsabilidades básicas. El tipo de gobierno mundial que se arroga las responsabilidades básicas del Estado en lo que concierne a la promoción de la salud y la lucha contra ciertos riesgos para la salud es una transición que es improbable que lleguemos a ver.

La última de las grandes transiciones que la OPS deberá sortear es la transición social, que adopta muchas formas. Una de las más importantes es el papel siempre cambiante de la mujer. La tendencia a una mayor participación de la mujer en la fuerza laboral es considerada como una de las causas de la desintegración de la estructura familiar tradicional, con el consiguiente trastocamiento social y aumento de la violencia (12). Este cambio implica la necesidad de otros arreglos para el cuidado de los hijos. Se ha afirmado que los aspectos de la atención primaria relacionados con el desarrollo del niño constituían una carga indebida para las mujeres y era probable que fuesen descuidados con la incorporación de mayor número de mujeres en la fuerza laboral. Los datos sobre las Américas no parecen llevar a esa conclusión, ya que en todos los países la salud de los niños continúa mejorando. Más importante es la mayor atención que se presta a la educación de la mujer, en particular las niñas, que surte el efecto comprobado de reducir la fecundidad y mejorar la salud del niño (13). El reconocimiento de las imperfecciones de la atención de la mujer en los servicios de salud debe llevar a un mayor compromiso a fin de responder a las necesidades de la mujer que no están relacionadas con sus características biológicas (14). Esta atención inadecuada de la mujer en los servicios de salud es apenas otra manifestación de la extendida inequidad de género, que va mucho más allá del problema tan común de la violencia doméstica. La salud de la mujer, aparte de sus funciones reproductivas, será uno de los desafíos para todos los países de las Américas. Con su presencia creciente en la fuerza laboral, surgirán problemas de salud de índole ocupacional que no se han previsto hasta ahora, y esto no es un problema relacionado con el grado de desarrollo económico del país.

El papel cambiante de la mujer tendrá repercusiones positivas en nuestra Oficina. Nos complace contar con más mujeres en el personal, y actualmente 45% de nuestros profesionales son mujeres. Este porcentaje



creciente llevará a un examen de distintas modalidades de trabajo a fin de dar cabida a otros papeles legítimos.

De las transiciones sociales en curso, la más importante resulta del paso aparentemente inexorable a la economía de mercado liberal, impulsada en parte por la globalización de la economía. Algunos afirmarán que el cambio que estamos presenciando es de una magnitud sin precedentes. Es una carrera precipitada hacia una sociedad cosmopolita mundial con riesgos y peligros hasta ahora desconocidos (15). Otros dirán que la globalización no es un fenómeno nuevo. Estaba floreciendo a principios del siglo xx: en 1913, el comercio de mercancías, como porcentaje del comercio mundial, llegó a un nivel que no volvió a alcanzarse otra vez hasta los años setenta, y con las corrientes internacionales de capital se produjo un fenómeno similar (10). Se afirma que esa era de la globalización llegó a un triste fin con la gran agitación social y las guerras de mediados del siglo xx debidas a las desigualdades sociales resultantes (16). La cuestión es si esta nueva ola de globalización de la economía, que indudablemente está acentuando las desigualdades sociales, correrá la misma suerte nefasta. Los optimistas creen que las medidas de protección social instituidas a raíz de la primera debacle evitarán una situación similar de agitación social de masas. Sin embargo, no es evidente que dichos mecanismos sean la norma en la mayoría de los países pobres del mundo. Este aspecto de la transición social presentará un desafío importante para la OPS. Tendremos que demostrar que una de las formas de evitar el malestar social es invertir lo suficiente en salud para reducir la pobreza (17, 18). Esa inversión podría contribuir también a reducir la desigualdad social, fenómeno notorio en nuestra Región. El fomento de la inclusión social en lo que atañe a los servicios será especialmente importante en las Américas, donde los servicios para la población suelen estar fragmentados y mucha gente trabaja en el sector informal. Además, la OPS debe continuar su labor pionera de obtener datos básicos de salud y ayudar a los países a concentrarse en la distribución de los resultados de salud y en sus determinantes.

He señalado algunas de las principales transiciones que considero como las corrientes que el gran navío OPS debe tener en cuenta y registrar al trazar su rumbo. La Organización no podrá evitarlas. Es más, deberá incluso aprovechar las que sean favorables. Por desgracia, como ocurre con las corrientes, no fluyen necesariamente juntas o en la misma dirección ni con la misma fuerza. Las transiciones impulsadas por la tecnología y varios aspectos de la globalización están evolucionando con mucha más rapidez que las



transiciones sociales. Así son. Además, con muchos de estos cambios suele haber un “efecto de concertina”, ya que tienden a aglomerarse y a comprimirse debido a otras transiciones que actúan sobre ellos.

Sin embargo, no me cabe la menor duda de que el navío continuará avanzando a ritmo constante y que los que me sigan harán negocio en las muchas aguas, y las maravillas que verán será la mejora constante de la salud de los pueblos de las Américas.

Ave et vale: saludos y que os vaya bien.



George A.O. Alleyne
Director

Referencias

1. Caldwell JC. Health transitions: The cultural, social and behavioral determinants of health in the third world. *Social Science and Medicine* 1993;36:125-135.
2. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejk A, Lozano R. Element for a theory of the health transition. *Health Transition Review* 1991;1:21-38.
3. Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1971;49:509-538.
4. Omran AR. The epidemiologic transition theory revisited thirty years later. *World Health Statistics Quarterly* 1998;51:99-119.
5. National Research Council. Commission on Behavior and Social Sciences and Education, Committee on Population. *From Birth to Death: Mortality Decline and Reproductive Change*. Montgomery MR, Cohen B, eds. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
6. Alleyne GAO. *El progreso en la salud de la población. Informe Anual del Director 2000*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
7. Alleyne GAO. Los desafíos en la salud para *Homo informaticus*. Discurso pronunciado en el 35.º aniversario del Centro Latinoamericano y del Caribe para Información en Ciencias de la Salud. São Paulo: BIREME; 2002.
8. Stiglitz JE. Knowledge as a global public good. En: Kaul I, Grunberg I, Stern MA, eds. *Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century*. Published for United Nations Development Program. London: Oxford University Press; 1999.
9. Drucker PF. The new pluralism. *Leader to Leader* 1999;(14). <http://www.pfdf.org/leaderbooks/12/fall99/new-pluralism.html>
10. Nye JS, Jr. *The Paradox of American Power: Why the World's Only Superpower Can't Go It Alone*. London: Oxford University Press; 2002.
11. Spogård R, James M. Governance and democracy—The people's view. *The Gallup Millennium International Survey*; 1998. <http://www.gallup-international.com/survey18.htm>
12. Fukuyama F. *The Great Disruption: Human Nature and the Reconstitution of Social Order*. New York: Free Press; 1999.
13. Caldwell JC, Caldwell P. Education and literacy as factors in health. En: Halstead SB, Walsh JA, Warren KS, eds. *Good Health at Low Cost. Proceedings of the Bellagio Conference*. The Rockefeller Foundation; 1989.
14. Pittman PM. Gendered experiences of health care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999;11:397-405.
15. Lindsay B. The decline and fall of the first global economy: How nationalism, protectionism and collectivism spawned a century of dictatorship and war. *Reason* 2002;12:43-51.
16. Giddens A. *Runaway World: How Globalization is Reshaping Our Lives*. London: Profile Books; 1999.
17. World Health Organization. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Chair: Jeffrey D. Sachs. Geneva: WHO; 2001.
18. World Health Organization. *Health, Economic Growth, and Poverty Reduction*. Report of Working Group I of the Commission on Macroeconomics and Health. Co-Chairs: George A.O. Alleyne and Daniel Cohen. Geneva: WHO; 2002.