

Globalización, Pobreza y Salud Premio Conferencia Hugh Rodman Leavell^(a)

Globalization, Poverty and Health
Hugh Rodman Leavell Lecture Award

Paulo Marchiori Buss¹

¹Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca; Presidente de la Fundación Oswaldo Cruz; Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina. Río de Janeiro, Brasil. buss@fiocruz.br

RESUMEN La salud pública, como campo de conocimiento y de práctica social, ha enfrentado enormes desafíos a lo largo de su historia. El final del siglo XX y este inicio de milenio nos vuelven a colocar ante procesos desafiantes: la globalización y la pobreza. Estos dos fenómenos influyen poderosamente la cotidianidad de la salud de los pueblos, el primer y más importante compromiso de la salud pública y de los sanitaristas, correspondiendo por ello la búsqueda de su mejor comprensión para enfrentarlos adecuadamente.

PALABRAS CLAVE Salud Mundial; Pobreza; Inequidad Social; Desigualdades en Salud.

ABSTRACT *Public health, as a field of knowledge and of social practice, has encountered countless challenges throughout its history. Now the turn of the twentieth century and the dawn of the new millennium face us again with challenging processes: globalization and poverty. These two phenomena have a powerful impact on peoples' everyday health, which is the first and foremost commitment for public health and sanitarians. Therefore, a better understanding must be sought in order to face them properly.*

KEY WORDS *World Health; Poverty; Social Inequity; Health Inequalities.*

Mis primeras palabras son de profundo agradecimiento a la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública por el privilegio que me conceden de ser el *Leavell Lecturer* de este 11º Congreso Mundial y 8º Congreso Brasileño de Salud Pública.

Este premio tiene para mí un enorme significado. En primer lugar, por haberme sido concedido por la mayor y más importante asociación de salud pública del mundo. De hecho, la Federación reúne más de 70 asociaciones nacionales de todas las partes del mundo, que congregan profesionales de salud que trabajan en servicios de salud, universidades y academias, escuelas e institutos de salud pública y un número muy grande de instituciones de extrema importancia para la salud de las poblaciones de sus países. Conocí a la Federación por la visión entusiasta de una querida amiga y una de las más extraordinarias promotoras de la salud pública global, Margaret Hilson, a quien deseo rendir un cariñoso homenaje en este momento.

En segundo lugar, me honra recibir este premio porque lleva el nombre de Hugh Rodman Leavell, uno de los profesores de salud pública y medicina preventiva que más influencia tuvo en mi pensamiento, en los comienzos de mi carrera y aún hoy. Profesor emérito de la Escuela de Salud Pública de Harvard, Leavell escribió, con E. Gurney Clark, un libro seminal para los médicos de mi generación: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. En ese texto establecieron las bases de la historia natural de la enfermedad y uno de los más conocidos y creativos modelos explicativos del proceso de salud-enfermedad. Nos ayudaron a organizar nuestro pensamiento, y a entender y diferenciar los niveles de aplicación de las medidas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, principal compromiso de la salud pública y de sus profesionales. Leavell ha sido homenajeado e immortalizado por la Federación, con mucha justicia, con este premio que lleva su nombre.

GLOBALIZACIÓN Y POBREZA

En rigor, la "economía global", en su concepción de "planetaria", existe desde fines

del siglo XVI, época de los grandes descubrimientos y de los viajes de exploración de los europeos hacia África, Asia y las Américas. La expansión colonialista de Europa tuvo repercusiones económicas y sociales importantes, tanto positivas como negativas, sobre los nuevos territorios alcanzados, así como sobre la misma sociedad europea.

Para la mayoría de los autores, la globalización es un proceso económico, social y cultural que se estableció en las dos o tres últimas décadas del siglo XX, cuyas principales características incluyen, en una escala nunca antes alcanzada:

- crecimiento del comercio internacional de bienes, productos y servicios;
- transnacionalización de mega-empresas;
- libre circulación de capitales;
- privatización de la economía y minimización del papel de los gobiernos y de los Estados-nación;
- caída de las barreras comerciales proteccionistas y regulación del comercio internacional, según las reglas de la Organización Mundial de Comercio (OMC);
- facilidad de circulación de personas y bienes entre los diferentes países del mundo; y
- expansión de las posibilidades de comunicación, por el surgimiento de la denominada sociedad de la información y de la gran facilidad de contacto entre las personas debido a la aparición de diversos instrumentos y herramientas, entre ellas Internet.

Innumerables autores y organizaciones de las Naciones Unidas han sido críticos de este proceso. El "breve siglo XX" –denominación acuñada por el historiador Eric Hobsbawm (1) para describir el siglo recién concluido– trajo, según este admirable autor, una extraordinaria "revolución en los transportes y las comunicaciones, que prácticamente anuló el tiempo y la distancia". Esta inmensa aproximación entre culturas y economías tan desiguales hizo que "el planeta sea ahora una unidad operativa básica, y unidades más antiguas como las 'economías nacionales' definidas por las políticas de Estados territoriales queden reducidas [tan sólo] a 'dificultades' para las actividades transnacionales".

La Comisión Mundial sobre las Dimensiones Sociales de la Globalización, instituida por la Organización Internacional del Trabajo (2), insiste: "El actual proceso de globalización está

produciendo resultados desiguales entre países y dentro de ellos. Se está creando riqueza, pero son demasiados los países que no participan de los beneficios (...). Muchos de ellos viven en el limbo de la economía informal, sin derechos reconocidos y en países pobres, que subsisten de forma precaria y al margen de la economía global. Incluso en los países con buenos resultados económicos hay trabajadores y comunidades que se han visto perjudicados por la globalización".

La Comisión alerta que "tales desigualdades globales son inaceptables desde el punto de vista moral e insostenibles desde el punto de vista político". E insiste en la "falta de equidad de las reglas globales clave en materia de comercio y finanzas, y sus repercusiones desiguales para los países ricos y los países pobres" así como en "la incapacidad de las políticas internacionales actuales para dar respuesta a los desafíos que plantea la globalización".

Lo que se ha observado es que "las medidas de apertura de los mercados y las consideraciones financieras y económicas prevalecen sobre las consideraciones sociales. La Asistencia Oficial para el Desarrollo (AOD) no alcanza ni siquiera la cuantía mínima necesaria para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y hacer frente a los crecientes problemas globales. Tampoco resulta eficaz el sistema multilateral encargado de concebir y aplicar políticas internacionales. Adolece en general de falta de coherencia política y no es lo suficientemente democrático, transparente y responsable".

"Esas reglas y políticas son consecuencia de un sistema de gobernanza global configurado en gran medida por países y actores poderosos. Hay un grave déficit democrático en los propios fundamentos del sistema. La mayoría de los países en desarrollo sigue teniendo poca influencia en las negociaciones globales sobre las reglas y en la determinación de las políticas de las instituciones financieras y económicas clave" (2), como por ejemplo lo demostró recientemente el fracaso de la Ronda de Doha de la Organización Mundial de Comercio.

Según Joseph Stiglitz, Premio Nobel de Economía en 2001, los victoriosos de la globalización fueron los países desarrollados, cuyo ahorro interno y capacidad tecnológica, asociados a un proteccionismo feroz, que incluso contraría la

regla de oro de apertura comercial [preconizada por ellos mismos, pero sólo para los demás], los convirtieron en destinatarios privilegiados de la riqueza producida en el mundo.

Más recientemente incluso el Banco Mundial, a través de su Informe Mundial sobre Desarrollo 2006 (3), se rindió ante la evidencia de que las fuerzas del mercado y el libre comercio decididamente no resolverán la pobreza en el mundo, ni siquiera la reducirán a niveles tolerables. El informe afirma que "sólo la equidad es capaz de aumentar la capacidad de reducir la pobreza".

Las deudas externa e interna, el proteccionismo aplicado a la industria y la agricultura por parte de los países más ricos, y las barreras comerciales a los productos primarios y manufacturados de la canasta de exportación de los países en desarrollo están en la raíz de una inmensa crisis fiscal que los países pobres enfrentan, y de la deuda social en aumento que tienen con sus poblaciones. Casi toda la recaudación fiscal de estos países y los sucesivos empréstitos internacionales, alcanzables sólo por acuerdos establecidos con el FMI bajo condiciones severas, sirven casi exclusivamente para la renovación de inmensas deudas externas contraídas en el pasado, en condiciones adversas, muchas veces bajo gobiernos no democráticos o corruptos; deudas que hoy se encuentran sometidas a intereses abrumadores, impuestos unilateralmente por el capital financiero internacional. En consecuencia, los programas de lucha contra la pobreza y otros programas sociales de muchos de los países en desarrollo terminan por ser desfinanciados e ineficaces (4).

Uno de los elementos más nocivos del proceso de globalización son los brutales ataques del capital especulativo internacional a las economías nacionales más frágiles de países pobres y de ingreso medio. La acción del llamado *hot money* ha comprometido de manera nefasta los presupuestos sociales de los países pobres, incluso el de salud. La circulación diaria del capital especulativo no productivo en el mundo es de cerca de 1.8 billones de dólares (5). Estos capitales, sin patria y sin responsabilidades con personas y países, deben ser controlados por mecanismos nacionales e internacionales como forma de reparar su carácter nocivo a nivel global y local.

En su último libro, recientemente aparecido, incluso el economista John Williamson (6), que acuñó la expresión *Consenso de Washington* para denominar el conjunto de recomendaciones de reformas económicas para América Latina que establecieron las bases conceptuales del proceso de globalización como hoy lo entendemos, reconoce ahora el imperativo de controlar el flujo de capitales en los llamados mercados emergentes.

La división internacional de la producción y del trabajo que se delineó con la globalización trajo, además de los malos resultados económicos ya señalados, también importantes impactos sociales, ambientales y sanitarios. En el campo del trabajo, se verifica la exportación del desempleo de los países desarrollados hacia aquellos en desarrollo, debido a las políticas proteccionistas y los subsidios agrícolas de los países más ricos. Las actividades económicas que traen mayores riesgos ambientales y para los trabajadores o que resultan en residuos peligrosos, las llamadas "industrias sucias", son también exportadas para los países más pobres, cuya legislación de protección al ambiente y al trabajador es más tolerante.

Por otro lado, el patrón insustentable de urbanización, industrialización, consumo de energía y generación de residuos de los países más desarrollados, ricos e industrializados tiene influencia nefasta sobre el ambiente en general, incluyendo el clima, con el calentamiento global progresivo. Los resultados son perjuicios en la producción de alimentos, desertificación, contaminación del aire, suelo, ríos, aguas interiores y océanos, la pérdida de bosques y selvas y el perjuicio irrecuperable en la biodiversidad.

Recientemente, especialistas de la Universidad de las Naciones Unidas alertaron que dentro de cinco años el mundo tendrá por lo menos 50 millones de lo que denominaron "refugiados ambientales" (7); es decir, personas que abandonan sus casas y/o sus tierras por causas como huracanes, maremotos, terremotos, sequías prolongadas, deforestación, desertificación y otras formas de desastres naturales. Muchos de ellos serán "refugiados en sus propios países". La mayoría de estos fenómenos se atribuye a actividades económicas sin control sobre el ambiente. Las personas

que no mueren en estos desastres presentan más tarde una salud más frágil, y condiciones sociales y ambientales que favorecen la aparición de enfermedades. Entiendo que los "nuevos refugiados" constituyen uno de los nuevos problemas de salud pública, cuya responsabilidad es de los gobiernos nacionales y locales y, en escala global, del sistema de Naciones Unidas. Y somos nosotros, los sanitaristas, gestores y profesionales de salud, quienes debemos organizar y prestar la atención sanitaria que se les debe.

Sin embargo, las responsabilidades por los pésimos resultados sociales y económicos de la globalización deben ser imputadas no sólo a los países desarrollados y a las empresas y organizaciones financieras internacionales, sino también a las élites políticas y económicas nacionales y a los gobiernos de muchos países subdesarrollados con limitado compromiso social y, frecuentemente, corruptos.

La baja calidad de la política y de la governance de muchos gobiernos de países en desarrollo es la causa del desperdicio de recursos y de la ineficacia e ineficiencia de las iniciativas de protección al ambiente y de promoción, prevención y asistencia de la salud, cuando éstas existen. En general, las acciones de los programas socio-ambientales y sanitarios de estos países son verticales y desarticuladas, los mismos programas están frecuentemente desangrados por la corrupción.

Por otro lado, la ayuda externa y las facilidades otorgadas a las exportaciones de los países pobres (procurando aumentar los saldos comerciales), aunque necesarias, son insuficientes para promover su desarrollo. Esto es así porque los beneficios del comercio exterior no se distribuyen equitativamente entre la población más pobre y continúan fuertemente concentrados en manos de muy pocos, en general grandes empresas exportadoras nacionales o transnacionales.

Estas consideraciones convergen hacia un impacto variable en individuos y grupos poblacionales que son excluidos de los beneficios de la globalización y vulnerables a sus costos, al tiempo que enfrentan serias limitaciones en cuanto a los beneficios de las políticas públicas en el campo de la salud.

POBREZA

La pobreza es un concepto multidimensional y una situación real de vida. Anteriormente, el concepto se restringía exclusivamente a la renta percibida por el individuo: pobres son todos aquellos que viven con menos de un dólar/día, ajustado por el poder adquisitivo del país o región. A pesar del continuo aumento de la riqueza mundial –estimada actualmente en 24 billones de dólares anuales– cerca de 1.200 millones de personas en todo el mundo viven con menos de un dólar diario, en una situación caracterizada como “pobreza extrema”, mientras que la mitad de los habitantes del mundo viven con menos de dos dólares/día. (8). En África subsahariana casi la mitad de los habitantes viven con menos de un dólar/día, mientras que en Asia meridional cerca del 37% de la población (448 millones) sufre las mismas condiciones de pobreza. En América Latina y el Caribe, 222 millones de personas son pobres, de los cuales 96 millones, el 18,6% de la población, viven en la indigencia (9).

Sin embargo a partir de los trabajos críticos de Amartya Sen, Premio Nobel de Economía en 1998, quedó claro que no se puede establecer una línea de pobreza y aplicarla de manera generalizada sin tener en cuenta las características y circunstancias personales. Sen (10) señaló que el análisis de la pobreza debe concentrarse también en la capacidad de

la persona para aprovechar oportunidades, así como en factores como salud, nutrición y educación, que reflejan la capacidad básica para funcionar en una sociedad. Es en constataciones como éstas donde reside el potencial de acción de la promoción de salud entre los pobres y las estrategias de *empowerment* individual y colectivo.

Por otro lado, es necesario señalar que son precisamente los pobres quienes viven en peores condiciones sociales, ambientales y sanitarias, y a la vez tienen mayores dificultades en el acceso a los servicios públicos en general y a los de salud en particular. De hecho, innumerables estudios, en diferentes partes del mundo, muestran que quienes tienen menores ingresos son precisamente aquellos que, aunque tienen ciertamente mayor necesidad, tienen también menor acceso a políticas públicas, vivienda adecuada, agua potable, saneamiento, alimentos, educación, transporte, actividades recreativas, empleo estable y sin riesgo, así como a servicios de salud. Se trata de las denominadas inequidades sociales y de salud.

POBREZA Y SALUD

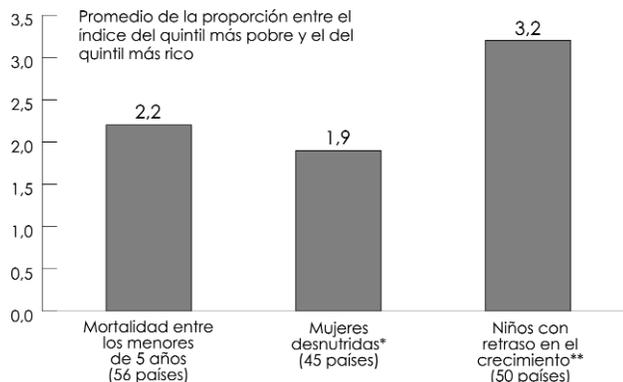
Las inequidades en salud existen entre países y regiones del mundo, y entre ricos y pobres en el interior de los países. El Cuadro 1, por ejemplo, muestra las grandes diferencias en

Cuadro 1. ESPERANZA DE VIDA Y TASAS DE MORTALIDAD POR CATEGORÍA DESARROLLO-PAÍS, 1995-2000.

Categorías de Desarrollo	Población (1999 en millones)	Promedio Anual de Ingresos (U\$ EEUU)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	Mortalidad Infantil (muertos antes del año de vida por 1000 nacidos vivos)	Mortalidad de Niños (muertos antes de los 5 años de vida por 1000 nacidos vivos)
Países de Menor Desarrollo	643	296	51	100	159
Otros Países de Bajo Ingreso	1.777	538	59	80	120
Países de Ingreso Medio-Bajo	2.094	1.200	70	35	39
Países de Ingreso Medio-Alto	573	4.900	71	26	35
Países de Alto ingreso	891	25.730	78	6	6
Países del África Subsahariana	642	500	51	92	151

Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2001 en base a cálculos de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMH) utilizando los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, 2001.

FIGURA 1. DESIGUALDADES DE SALUD EN PAÍSES MENOS DESARROLLADOS, 1990-2002.



Nota: No se han ajustado las proporciones para reflejar las diferencias en el tamaño de las poblaciones de los países. Los países con indicadores de menos del 1% se han excluido de los cálculos para no distorsionar los resultados.

*En algunos países las encuestas miden la desnutrición de las mujeres en edades de 15 a 49 años, o de 15 a 44 años, en otros se mide la desnutrición entre las mujeres con niños menores de 5 años.

**Los niños con dicho retraso tienen poca altura para su edad, comparados con la población internacional de referencia de niños bien alimentados.

Fuente: Gwatkin D. et al. Initial Country-Level Information about Socioeconomics Differences in Health, Nutrition and Population. 2003.

salud que se verifican entre grupos de países agrupados por nivel de desarrollo, con evidente perjuicio en los indicadores seleccionados para los países más pobres y menos desarrollados.

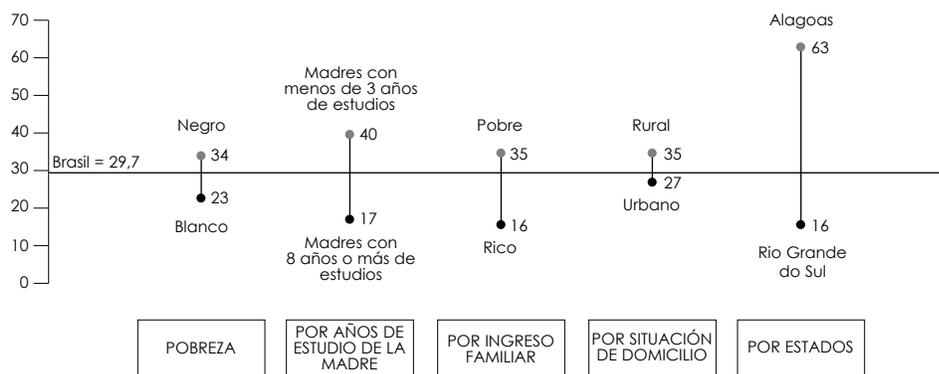
La diferencia en la esperanza de vida al nacer entre los países más ricos y los más pobres llega a 28 años; la mortalidad infantil es de 100 por mil nacidos vivos en los menos desarrollados y de sólo 6 por mil en los países de ingreso alto; y la diferencia en la mortalidad de menores de 5 años es todavía mayor: 159 por mil nacidos vivos

en los países menos desarrollados y 6 por mil en los de ingreso alto.

Las desigualdades en salud entre personas pobres y ricas en el interior de los países pobres son también acentuadas. Tales desigualdades se verifican tanto en los niveles de salud y nutrición (morbilidad, discapacidades y mortalidad) como en el acceso a servicios sociales y de salud.

Gwatkin et al. (11) en su estudio de indicadores de salud seleccionados en los países más pobres del mundo mostraron (Figura 1)

FIGURA 2. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. BRASIL, 2000.



Fuente: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

que la mortalidad de niños menores de 5 años era 2,2 veces más alta en el quintil de población más pobre que en el más rico; la desnutrición en mujeres era 1,9 veces más elevada; y la proporción de niños con atraso en el crecimiento era 3,2 veces más alta. En Brasil, mi país, como en muchas partes del mundo, los estudios revelan que la mortalidad infantil está relacionada con el ingreso de las familias, el nivel de educación de la madre, las condiciones de vivienda, el lugar en donde vive y la situación social de la familia del niño.

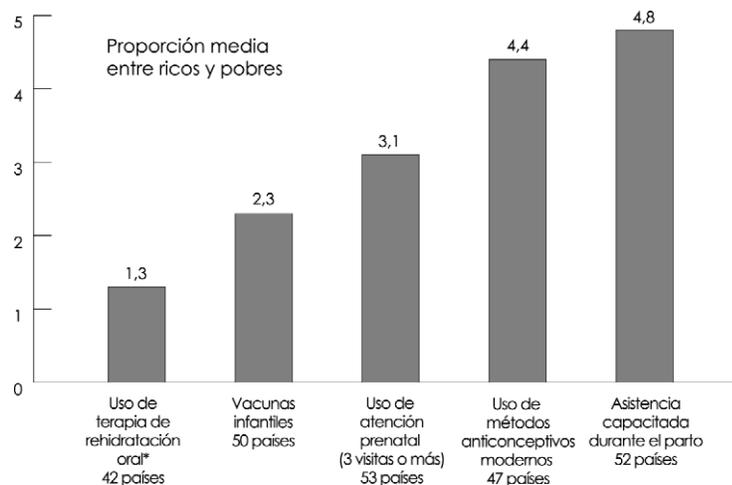
Así, entre los negros (el color es un *proxi* de situación social en Brasil), la mortalidad infantil media es de 34 óbitos por 1000 nacidos vivos, en oposición a 23 en la población blanca; entre los pobres es 35, entre los ricos, 16; entre las madres con menos de 3 años de estudios es 40, frente a 17 en las madres con 8 años o más; en la población rural es 35, mientras en la población urbana llega a 27; en un estado pobre del Nordeste es 63 por mil, en oposición a 16 por mil en un estado más rico del Sur (Figura 2).

Las diferencias entre ricos y pobres se verifican también en la utilización de servicios de salud. Entre 1992 y 2002, en cerca de 50 países pobres estudiados, el uso de la terapia de rehidratación oral fue 1,3 veces mayor entre ricos que entre pobres; la vacunación infantil, 1,3 veces; la frecuencia de tres o más consultas prenatales fue 3,1 veces mayor en el quintil más rico; el uso de métodos anticonceptivos modernos fue 4,4 veces mayor y la atención capacitada durante el parto fue 4,8 veces mayor entre los más ricos (ver Figura 3).

Resultan también muy expresivas las diferencias en los gastos *per capita* en salud entre países ricos y pobres, como se presenta en el Cuadro 2. Los países menos desarrollados gastan una media de 22 dólares *per capita/año*, frente a 241 dólares en los países de ingreso medio alto y 2.000 dólares en los de ingreso alto.

En conclusión, estos datos nos muestran que la globalización ha empobrecido países y ampliado la pobreza, la exclusión y la inequidad económica y social. Éstas, a su vez, repercuten pesadamente sobre la salud de los individuos y de la población como un todo.

FIGURA 3. DESIGUALDADES EN EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 1992-2002.



Nota: Representa el promedio de la proporción entre el quintil más rico y el más pobre, sin ponderaciones que tomen en cuenta el tamaño de la población, y excluyendo a los países que usan menos de un 1%.

*Porcentaje de niños con diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta que habían recibido sales de rehidratación oral, otros líquidos caseros recomendados, o mayor cantidad de líquidos.

Fuente: Gwatkin D. et al. Initial Country-Level Information about Socioeconomics Differences in Health, Nutrition and Population. 2003.

Cuadro 2. GASTO PER CAPITA EN SALUD, POR NIVEL DE INGRESO DE PAÍS, 1997.

GRUPO DE INGRESO	GASTO TOTAL PER CAPITA EN SALUD, US\$
PAÍSES MENOS DESARROLLADOS	11
OTROS PAÍSES DE BAJO INGRESO (PNB <i>per capita</i> menos de US\$760 en 1998)	23
PAÍSES DE INGRESO MEDIO BAJO (PNB <i>per capita</i> , más de US\$761 y menos de US\$3.030 en 1998)	93
PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO (PNB <i>per capita</i> , más de US\$3.031 y menos de US\$9.360 en 1998)	241
PAÍSES DE ALTO INGRESO (PNB <i>per capita</i> , más de US\$9.361 en 1998)	1.907

Nota: Los márgenes de ingreso son los especificados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Development Co-Operation Report, 2000.

Fuente: OMS, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development, 2001.

GLOBALIZACIÓN Y ENFERMEDAD

Una faceta destacada de las consecuencias de la globalización sobre la salud es la posibilidad de transnacionalización de las enfermedades transmisibles, en particular las nuevas y las reemergentes. En paralelo a la facilidad de los viajes internacionales y la difusión del comercio a escala planetaria, una serie de microorganismos pueden ser rápidamente transportados a través de personas, animales, insectos y alimentos, de un país al otro y de un punto a otro del globo. Ejemplos recientes son la difusión del *SARS*, del *virus del dengue* y de la *gripe aviar*. La transmisión entre personas de las fiebres hemorrágicas virales, así como los casos recientes de las fiebres *Marburg* y *Ébola*, en África, presentan un enorme potencial epidémico, facilitado por los rápidos desplazamientos en viajes aéreos internacionales, lo que señala la necesidad y la importancia del refuerzo de las redes globales de diagnóstico y vigilancia en salud, operadas por la OMS y sus asociadas alrededor del mundo.

Un caso ya clásico es la difusión del virus de *SIDA*, que surgió posiblemente en una región remota de África y en los últimos 20 años se difundió por todo el mundo. Incluso las aves

migratorias pueden ser responsabilizadas por la difusión global de enfermedades infecciosas, como es el caso de la *gripe aviar* o del *virus de la fiebre del Oeste del Nilo*. La *salmonelosis* y la *E. coli* han sido frecuentemente relacionadas con la contaminación de alimentos frescos o industrializados que circulan entre países.

Entre las llamadas enfermedades "antiguas", que aparecen en una región y se diseminan por el mundo, tenemos los casos del reciente brote de *poliomielitis* en cerca de 15 países de África y el Oriente Medio, por falta de cobertura de vacuna; la epidemia de *cólera* que, en los últimos 40 años, afectó a más de 75 países y provocó en los últimos dos años, solamente en Angola, cerca de 50 mil casos y 2 mil muertes; la *fiebre amarilla* en países africanos; y las nuevas formas de viejas enfermedades, como es el caso de la *tuberculosis* resistente a múltiples drogas. A todo esto se agrega la creciente resistencia antimicrobiana de muchas otras especies, lo que facilita su diseminación global.

Observo también el turismo sexual y sus consecuencias. Muchos países del mundo subdesarrollado dependen económicamente del turismo internacional; sin embargo, la industria del turismo globalizado es inseparable del comercio sexual de niños, adolescentes y adultos de ambos sexos.

Muchos destinos en el mundo son buscados hoy por las oportunidades de turismo sexual, entre ellos Brasil, países del Caribe y de Asia y muchos países africanos. La globalización del comercio sexual implica la diseminación de enfermedades transmisibles sexualmente, y de los daños mentales y afectivos resultantes del abuso sexual contra niños, adolescentes y, también, personas adultas.

Otra cuestión relacionada con el proceso de globalización es la ampliación de las guerras y conflictos resultantes de disputas económicas y territoriales entre países, así como entre grupos y etnias en el interior de los Estados nacionales. Este fenómeno ha producido miles de muertes, heridas y discapacidades físicas, emocionales y mentales post-conflicto, principalmente entre los jóvenes, que son sus principales víctimas. Mutilaciones derivadas de heridas, minas terrestres, o por violencia deliberada sobre prisioneros, explotación y violación de mujeres por venganza y genocidio de niños y ancianos están entre los muchos crímenes de guerra en años recientes. El terrorismo de Estado y de grupos ya se ubica entre las primeras causas de esta tétrica estadística.

Consecuencia sustantiva de guerras y conflictos ha sido el desmantelamiento de la infraestructura, con destrucción de servicios de salud y saneamiento, así como del ambiente, afectando de manera indirecta pero contundente la salud de poblaciones enteras. Se verifica también que los presupuestos públicos son desviados desde programas sociales, como educación y salud, hacia el financiamiento del aparato bélico, privando a la población de estos recursos esenciales y empeorando todavía más las condiciones de salud.

El siglo XX fue uno de los períodos más violentos de la historia de la humanidad: cerca de 191 millones de personas perdieron la vida como consecuencia directa o indirecta de enfrentamientos, de los cuales más de la mitad eran civiles (12). Los últimos años del siglo XX y los primeros del siglo XXI indican, lamentablemente, una tendencia al crecimiento de estos eventos nefastos.

La violencia globalizada ha generado la migración forzosa de millares de personas que huyen de las regiones de conflicto o se transforman en refugiados políticos. Innumerables estudios

muestran que los grupos humanos desplazados por la fuerza de sus reductos originales presentan peores condiciones de salud física y mental cuando se los compara con su situación original o con su nuevo vecindario (13).

La globalización del tráfico de drogas ilícitas, como cocaína, heroína, marihuana y drogas químicas sintéticas, expandió exponencialmente su uso en casi todas las sociedades, con consecuencias nefastas bien conocidas sobre la salud de sus usuarios. El tráfico internacional de drogas se asocia al tráfico de armas. Esta combinación es explosiva, con consecuencias impresionantes, como muestra el Informe Mundial sobre Violencia y Salud (12).

Una paradoja de la globalización contemporánea es que, en una etapa de la historia de la humanidad en que la tecnologías agrícolas disponibles podrían facilitar harta producción de alimentos, el fenómeno del hambre esté tan diseminado en el mundo y azote partes del planeta en la forma de un verdadero genocidio. La FAO (14) alerta que el hambre y la desnutrición crónicas castigan hoy en el mundo a nada menos que 852 millones de personas, matan a más de 5 millones de niños cada año y cuestan miles de millones de dólares en pérdida de productividad e ingreso nacionales. Esta trágica estadística se completa con la información de que nacen anualmente cerca de 20 millones de bebés con bajo peso, situación ésta resultante en la gran mayoría de madres también desnutridas.

En África subsahariana, hoy la región del mundo más afectada por la pobreza y sus consecuencias, la FAO (14) estima que nada menos que el 33% de la población es considerada sub nutrida, proporción que en África central alcanza nada menos que al 55%, mientras en el sur y en el este del continente llega al 40%. Además de la ayuda externa urgente para la brutales situaciones de emergencia (como las de Níger y Malawi en el momento en que escribo este texto), los especialistas acuerdan en que el enfrentamiento del problema sólo puede hacerse en forma de cooperación técnica y financiera, así como inversiones en agua, sustentabilidad de ecosistemas y mejora de la capacidad de las personas.

Otra dimensión importante de la globalización sobre la salud son las reformas sectoriales orientadas al mercado, preconizadas por

organizaciones internacionales (15). Tales reformas resultaron en más inequidad en salud. No hay espacio para la salud pública o para la promoción de la salud en estas reformas. Su tema exclusivo es la atención médica a los individuos y los esquemas de financiamiento. Algo similar se puede decir de los modelos importados de formación de recursos humanos, poco ajustados a los estándares culturales o a los sistemas nacionales de salud. Por ello es imperativo que defendamos el reemplazo de estas propuestas de reforma por otras que busquen implementar sistemas públicos equitativos y solidarios de salud, en los cuales se tome en cuenta *la salud de la población* y no *los negocios con la enfermedad*.

Los sistemas de salud de los países en desarrollo están sometidos a la fuerte presión del comercio internacional de insumos para salud (medicamentos, *kits* y reactivos para diagnóstico, equipamiento y otros insumos) El alto precio de los medicamentos, en gran parte resultante de un sistema de protección a través de patentes que sólo toma en cuenta los intereses de las grandes empresas privadas, es un impedimento importante para el acceso de los países pobres y de las poblaciones más pobres de los países de ingreso medio a medicamentos e insumos esenciales para la salud. En la medida en que los intereses del comercio y de la ganancia superan los

intereses de la salud de los más pobres y la "gobernanza global", y los Estados nacionales no encuentran soluciones para la cuestión de acceso a tales insumos, puedo afirmar que vivimos en tiempos de barbarie global.

OPORTUNIDADES DE LA GLOBALIZACIÓN

Pese a todo, es posible también identificar señales positivas en cuanto a la globalización. Si consideramos la última mitad del siglo XX, por ejemplo, inmediatamente después de la traumática experiencia de la Segunda Guerra Mundial, la creación del sistema de Naciones Unidas, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, representó un paso al frente muy importante para el diálogo internacional y la convivencia pacífica de las naciones, así como para la cooperación a favor del progreso de todos los países y personas en el mundo. Sin embargo, hoy existe una gran decepción e incluso desconfianza en relación a Naciones Unidas, razón por la cual diversos Estados Miembros así como organizaciones e individuos han exigido una amplia reforma del sistema.

En la década del '90 se estableció una orientación en el interior del sistema de

Cuadro 3. CONFERENCIAS DE LAS NACIONES UNIDAS ENTRE 1990 Y 2005.

AÑO	CONFERENCIAS
1990	Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre la Infancia (New York)
1992	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo (Río 92)
1993	Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos (Viena)
1994	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Poblaciones y Desarrollo (El Cairo)
1995	Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (Pekín)
1995	Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Social (Copenhague)
1996	Conferencia de las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (Hábitat II) (Estambul)
1996	Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre Alimentación (Roma)
2000	Cumbre del Milenio: Declaración y Objetivos del Milenio (New York)
2002	Conferencia Internacional sobre Financiamiento del Desarrollo (Monterrey)
2003	Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible (Johannesburgo)
2005	Cumbre Mundial sobre Objetivos del Milenio (New York)

Fuente: Elaboración propia.

Naciones Unidas para la realización de un conjunto de grandes conferencias temáticas, lideradas por las respectivas organizaciones sectoriales, “en procura de preparar al mundo para el siglo XXI”. Las grandes conferencias realizadas se enumeran en el Cuadro 3.

Tales conferencias generaron informes importantes, con recomendaciones significativas que, si hubieran sido tomadas en cuenta y efectivamente implementadas por los países y por la misma Naciones Unidas, podrían haber traído ya un progreso político, social, económico, cultural y ambiental de consideración para el mundo en su totalidad. El gran problema es que en ellas se expresan intereses políticos contradictorios de países y otros actores relevantes en la escena internacional, y frecuentemente han quedado en el papel, no llegando más allá de la retórica internacionalista.

En el año 2000, como culminación de la serie de conferencias reunidas en la década anterior, las Naciones Unidas organizaron la Cumbre del Milenio, en la cual todos los Estados Miembros firmaron un nuevo compromiso mundial para el desarrollo, con una pretendida visión integral, a partir de los acuerdos derivados de las conferencias globales. La expresión política de la Cumbre quedó establecida en la Declaración del Milenio (16).

Les recuerdo los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.
- Mejorar la salud materna.
- Combatir el HIV/Sida, el paludismo y otras enfermedades.
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Como sabemos, los ocho objetivos fueron desglosados en 18 metas y 48 indicadores. La salud está directamente involucrada en al menos 18 de estos indicadores, que deben ser mejorados en relación a los valores que presentaban en 1990 (17).

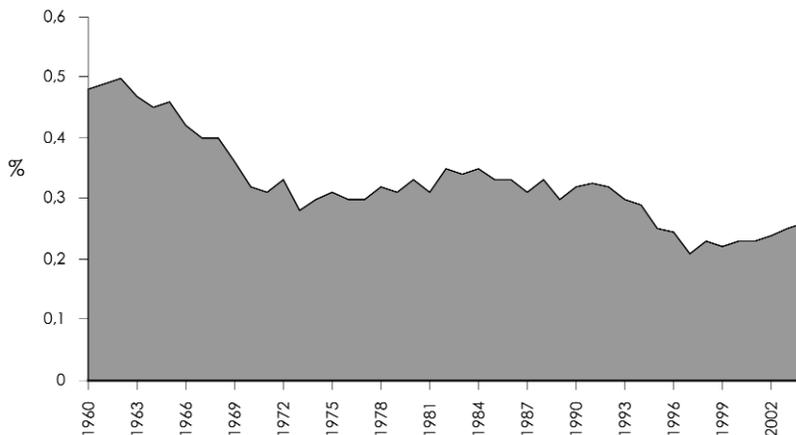
Sin embargo, las conclusiones de la reciente evaluación realizada sobre los ODMs, realizada por la OMS en 2005, deben servirnos para una profunda reflexión y acción:

- de mantenerse la situación observada en los últimos cinco años, la mayoría de los países más pobres del mundo no alcanzará siquiera las modestas metas establecidas de reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años; tampoco se alcanzarán las metas de cobertura de niños menores de un año con vacuna contra el sarampión.
- la mortalidad materna sólo se está reduciendo en los países que ya tenían tasas menores; en los de tasas más elevadas se observa un estancamiento de los indicadores e incluso su aumento.
- algunos indicadores de oferta de servicios han tenido evolución más favorable: el porcentaje de mujeres que reciben atención en el parto por personal adecuado; uso de mosquiteros impregnados con insecticida en las regiones de alta prevalencia de malaria; y cobertura del tratamiento asistido para tuberculosis.

Los primeros siete objetivos incluyen compromisos que deberán ser cumplidos por todos los países en desarrollo, para alcanzar gradualmente una cobertura universal de los niveles mínimos de bienestar. El octavo objetivo es “fomentar una asociación mundial para el desarrollo” y comprende, por un lado, una serie de compromisos contraídos por los países desarrollados para apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo y, por otro, algunos elementos para iniciar una ruta de corrección de las asimetrías internacionales a favor de los países más pobres, incluyendo asistencia oficial para el desarrollo, y un sistema comercial y financiero que permita resolver los problemas de su endeudamiento.

Los países más ricos del mundo establecieron que para alcanzar los Objetivos del Milenio necesitarían invertir en ayuda externa sólo el 0,7% de sus ingresos internos. Mientras tanto, el porcentaje del ingreso interno que los países más opulentos destinan a los más pobres cayó a la mitad en los últimos 40 años. Era del 0,48% entre 1960 y 1965. Hoy es de sólo el 0,24% (18) (ver Figura 4).

Figura 4. ASISTENCIA OFICIAL PARA EL DESARROLLO (AOD) NETA COMO PORCENTAJE DEL INGRESO NACIONAL BRUTO (INB), EN LOS PAÍSES INTEGRANTES DE LA ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN ECONÓMICA Y EL DESARROLLO (OCDE). 1960-2003.

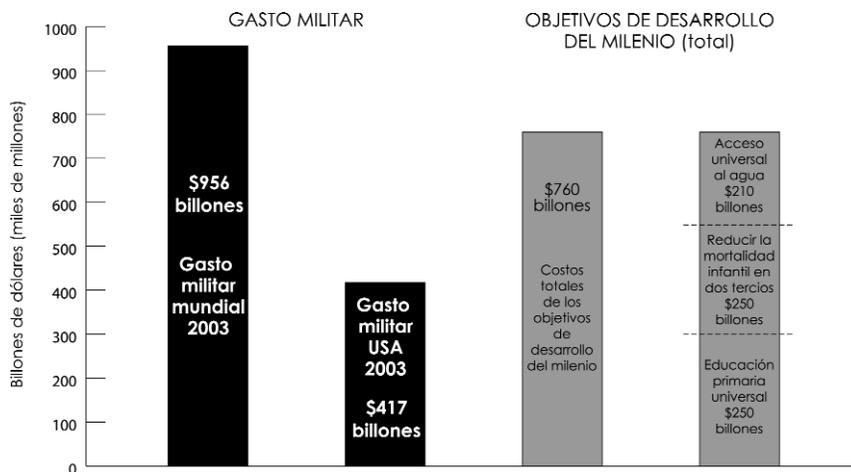


Fuente: Oxfam en base a datos del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD).

Resulta claro, por consiguiente, que una bandera de lucha en los escenarios nacionales y global es por el aumento de la ayuda externa de los países desarrollados, por lo menos en el nivel que se comprometieron alcanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esos objetivos modestos serían alcanzados en el caso que

los países más ricos invirtieran el equivalente de sólo 80 dólares por habitante por año en programas de auxilio. Es necesario subrayar que tal ayuda equivaldría a no más que un quinto de los gastos de los países ricos en defensa, o sólo la mitad de lo que gastan en subsidios agrícolas.

Figura 5. GASTOS MILITARES VS. GASTOS SOCIALES.



Fuente: Economistas por la Paz y la Seguridad (EPS) en base a datos del Stockholm International Peace Research Institute y Banco Mundial.

En verdad, la comparación entre gastos militares y ayuda oficial para el desarrollo es chocante, conforme nos muestran los Economistas por la Paz y la Seguridad (19). El gasto militar en el mundo, en 2003, fue de 956 mil millones de dólares, de los cuales solamente Estados Unidos gastó 417 mil millones. Para alcanzar plenamente los objetivos de desarrollo del milenio sería necesario gastar no más de 760 mil millones de dólares en los próximos 10 años, menos por lo tanto de lo que el mundo gasta en armas en solo 1 año (ver Figura 5).

El gasto militar *per capita* en los Estados Unidos fue de 1.217 dólares, en tanto no pasó de 46 dólares para ayuda externa, de los cuales solamente el 23% se destina a los más necesitados. Es decir, por cada 25 dólares de gasto militar americano sólo 1 dólar es destinado a ayuda externa, del cual sólo 23 centavos se dedican a los más necesitados. En la Unión Europea, los gastos fueron de 358 dólares *per capita* para la defensa y 61 dólares para ayuda externa. Stiglitz y Belmes, economistas y profesores en Columbia y Harvard, respectivamente, estiman que el gasto americano sólo con la guerra de Irak alcanzó no menos de 1 billón de dólares (20) (ver Figura 6).

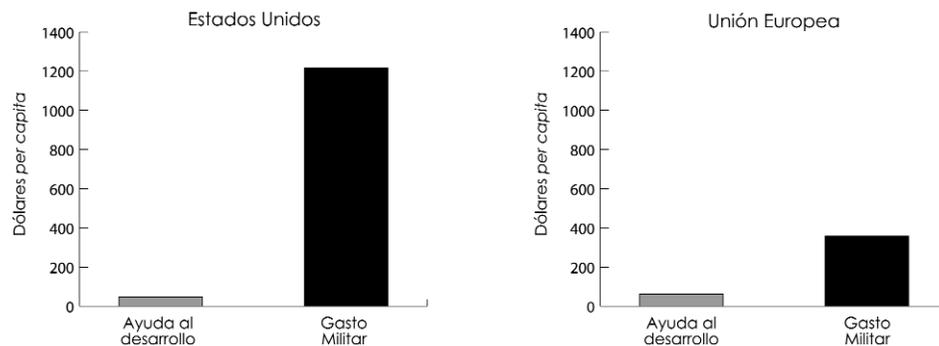
La Comisión sobre Macroeconomía y Salud, creada por la OMS en el año 2000, insiste en la tesis de que las inversiones en salud, ampliando la cobertura con servicios esenciales destinados a los pobres del mundo, a través de

un número relativamente reducido de intervenciones específicas, son imprescindibles para fomentar el desarrollo económico, reducir la pobreza y promover la seguridad mundial (21).

Un ejemplo exitoso de oportunidades de la globalización bien aprovechadas es el esfuerzo en pro de la inmunización de niños en los países más pobres del mundo, proporcionado por The Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI), una alianza establecida entre Banco Mundial, OMS, UNICEF, países desarrollados donantes, fundaciones privadas (como la Fundación Bill y Melinda Gates) y otros asociados. GAVI estableció un Fondo para Vacunas que apoya la inmunización básica (DTP + polio) así como la destinada a hepatitis B y HiB en 70 países con PBI *per capita* por debajo de 1.000 dólares. Ya fueron inmunizados con vacunación básica más de 6 millones de niños (22). Sin embargo, no se puede dejar de mencionar aquí la protesta de Ilona Kickbusch, en su *Leavell Lecture*, en 2004, con la cual acuerdo íntegramente, en tanto sostiene que considera un escándalo en la *governance* global de salud que los gobiernos del mundo permitan que una entidad filantrópica, como la Gates Foundation, destine más recursos para gastar en salud global, lo que es loable, que el presupuesto de su propia organización, la OMS, ¡lo que es lamentable!

Otro ejemplo reciente y exitoso de acuerdo internacional con impacto global en el área de la promoción de salud en enfermedades

Figura 6. AYUDA VS. GASTO MILITAR.



Fuente: Economistas por la Paz y la Seguridad (EPS) en base a datos del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.

no transmisibles y factores de riesgo es el Convenio-Marco sobre Control del Tabaco, adoptado en mayo de 2005 en la 56ª Asamblea de las Naciones Unidas y confirmado, en septiembre de ese mismo año, en la Cumbre Presidencial en Nueva York, que analizó y adoptó otras 32 propuestas como tratados internacionales (23).

Una de las propuestas más osadas en la búsqueda de equidad y erradicación de la pobreza es la de asegurar un ingreso mínimo a todos los habitantes de un país, conocida hoy como ingreso de ciudadanía o existencia (24). Economistas y políticos de renombre defienden esta propuesta, como Keynes, Tobin, Friedman, Galbraith y Moynihan, e instituciones como la Red Europea de Ingreso Básico bajo el liderazgo de Vaqan Parijs (24). Para que no parezca sólo una formulación teórica o utópica, debemos hacer referencia a que en diversos momentos del siglo XX, a partir de 1930, países como Dinamarca, Reino Unido, Alemania Federal, Holanda, Bélgica, Irlanda, Luxemburgo, Francia, Portugal y diversas provincias de España establecieron programas más o menos abarcativos de ingreso de ciudadanía, con resultados muy positivos (24).

Una propuesta del mismo tipo está en curso en Brasil, y puede ser una bandera nacional y global en muchos otros países para la lucha concreta contra la pobreza y como mecanismo para la "superación de la privación de libertad económica, que lleva a la pérdida de la libertad social", al decir de Amartya Sen (10).

Tras el objetivo de controlar la circulación nociva de capitales especulativos, un mecanismo ha sido ya desarrollado: la imposición de transacciones financieras internacionales no productivas y de corto plazo (*hot money*) destinadas a crear un fondo internacional orientado a financiar prioridades globales (necesidades humanas y ambientales básicas): calentamiento global, pobreza, hambre y salud. Este fondo podría alcanzar entre 100 y 300 mil millones de dólares. Una iniciativa global está organizada, y busca el apoyo de todos los ciudadanos del mundo para su implementación, en tanto necesita ser aprobada por los parlamentos nacionales y, posteriormente, implementada por la cooperación multilateral

o por las Naciones Unidas. La tasa recibe el nombre de Tobin Tax, en homenaje al Premio Nobel James Tobin, de Yale, que la propuso por primera vez (5).

La 59ª Asamblea Mundial de la Salud examinó el Informe de la Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública y, tras exhaustivas discusiones, aprobó la propuesta presentada por Brasil y Kenya, consistente en preparar un plan de mediano y largo plazo para ampliar los recursos para investigación sobre problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los más pobres, y para tratar en forma especial los derechos de propiedad intelectual aplicados a medicamentos y otros insumos utilizados para enfrentar tales problemas. Es necesaria la vigilancia de la comunidad intelectual y la exigencia de actitudes políticamente coherentes y solidarias por parte de las representaciones de nuestros países en la Asamblea Mundial de la Salud y otros foros internacionales.

En 2005, la OMS creó la Comisión Mundial sobre los Determinantes Sociales de Salud, procurando generar recomendaciones basadas en evidencias para la formulación de políticas e instrumentos globales y nacionales para actuar sobre los determinantes fundamentales de la salud, que son eminentemente sociales (23). En Brasil, el presidente de la República creó una Comisión equivalente que, con mucha honra, tengo la satisfacción de coordinar (25). Tengo grandes expectativas en relación a los resultados de esta comisión, cuyo informe será examinado en una de las próximas Asambleas Mundiales de Salud y que esperamos llegue a generar un pacto entre los países para enfrentar, globalmente y a nivel de cada país, los determinantes sociales de la salud.

Al igual que las excelentes iniciativas ya mencionadas, se observa una profusión de otras iniciativas en el mundo, de diferentes naturalezas y enfoques, sea para aliviar la pobreza global o de determinadas regiones o países, u orientadas hacia segmentos particulares de la población, como mujeres y niños, ancianos, etc., sea para enfrentar situaciones o problemas particulares de salud, como hambre, malaria, sida, otras enfermedades descuidadas, etc. Como profesionales de la salud pública nos corresponde identificarlas y apoyarlas global y localmente.

En realidad, para transformar la ecuación *globalización/pobreza y exclusión/empeoramiento de las condiciones de salud* en la ecuación *globalización/equidad e inclusión/salud*, no existe una receta única. Sí existe certeza, acerca de que las soluciones globales deben ser articuladas con iniciativas nacionales y locales específicas para enfrentar la expresión concreta que toman, en estos planos, la globalización, la pobreza y la situación de salud-enfermedad. Y con este compromiso y esta lucha, tengo la certeza de que el mundo puede contar con la comunidad mundial de trabajadores de la salud pública de todo el planeta y con la acción decidida de la Federación Mundial y de Abrasco.

Como presidente electo de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, me comprometo a luchar e invito a todos los sanitaristas del mundo a que se unan en esta lucha contra la globalización injusta, la pobreza y la exclusión, contra la corrida armamentista y la violencia, por un medio ambiente sustentable, por la equidad en salud, por la paz y la solidaridad entre todos los pueblos del mundo, para que alcancemos mejores condiciones de salud y calidad de vida, no en un futuro distante sino ¡hoy, aquí y ahora!

¡Muchas gracias!

NOTAS FINALES

a. Conferencia dictada en el marco del VIII Congreso Brasileño de Salud Colectiva y XI Congreso Mundial de Salud Pública, organizados

por la Asociación de Pos-Graduación en Salud Colectiva (ABRASCO) y la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA); realizado en Río de Janeiro del 21 al 25 de Agosto de 2006. Traducido al español por la Dra. Susana Bermartino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hobsbawm EJ. A Era dos Extremos: O Breve Século XX (1914-1991). San Pablo: Cia. das Letras; 1995.

2. Organización Internacional del Trabajo. Por una globalización justa: Crear oportunidades para todos. Ginebra: OIT, Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización; 2004.

3. World Bank. World Development Report 2006: Equity and development [en línea] septiembre 2005 [fecha de acceso 8 de noviembre de 2005]. URL disponible en: <http://econ.worldbank.org/>

4. Buss PM. Globalization and disease. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(6):1783-1788.

5. Tobin Tax Initiative [en línea] [fecha de acceso 18 de julio de 2005]. URL disponible en: www.ceedweb.org/iirp/

6. Williamson, J. Curbing the boom-bust cycle: stabilizing capital flows to emerging markets. Jornal O Globo. 23 de Julio de 2005; p. 24.

7. Jornal O Globo. 12 de noviembre de 2005.

8. World Bank. World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty. New York: Oxford University Press; 2002.

9. CEPAL. Objetivos del Desarrollo del Milenio: Una Mirada desde América Latina y el Caribe. Santiago: Naciones Unidas; 2005.

10. Sen A. Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta; 1999.

11. Gwatkin DR, Rutstein S, Johnson K, Suliman EA, Wagstaff A. Initial Country-Level Information about Socioeconomic Differences in Health, and Population. Washington: Banco Mundial; 2003.

12. OMS. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Washington: OPS; 2002. p. 49.

13. Buss PM. International Health: Approaches to Concepts and Practices. In: Pan American Health

- Organization. International Health: A North-South Debate. Washington: PAHO; 1992. (Human Resources Development Series N° 95) p. 239-248.
14. FAO. The State of Food Insecurity in the World 2004 [en línea] 2004 [fecha de acceso 15 de agosto de 2005]. URL disponible en: <http://www.fao.org/docrep/007/y5650e/y5650e00.htm>
15. Banco Mundial. Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud. Washington D.C.: Banco Mundial; 1993.
16. Naciones Unidas. 55 Asamblea General, Resolución 55/2. Nueva York: Naciones Unidas; 2000.
17. WHO. Health and the Millennium Development Goals. Ginebra: WHO (WA 530.1); 2005. p. 82.
18. OXFAM. Paying the Price. Why rich countries must invest now in a war on poverty. Reino Unido: OXFAM International; 2005.
19. Economistas por la Paz y la Seguridad. Gastos Militares vs. Gastos Sociales. Guerra o Bienestar Humano [en línea] 2006 [fecha de acceso 15 de agosto de 2006] URL disponible en: <http://www.eumed.net/paz/tepy/gm-gs.htm>
20. Folha on Line. Guerra do Iraque pode custar mais de US\$ 2 trilhões aos EUA [en línea] 2006 [fecha de acceso 10 de enero de 2006]. URL disponible en: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/mundo/ult94u91390.shtml>
21. OMS. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
22. GAVI & Vaccine Fund. Fact sheet [en línea] 2005 [fecha de acceso 18 de julio de 2005]. URL disponible en: <http://www.gavialliance.org/>
23. WHO. Commission on Social Determinants of Health [en línea] 2005 [fecha de acceso 19 de septiembre de 2005] URL disponible en: http://www.who.int/social_determinants/en/index.html
24. Suplicy EM. Renda de cidadania: A saída é pela porta. 3ra. ed. San Pablo: Cortez Editora; 2004. p. 389.
25. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde do Brasil [en línea] 2006 [fecha de acceso 15 de enero de 2006]. URL disponible en: <http://www.determinantes.fiocruz.br/>

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

- Arhin-Tenkorang D, Conceição P. Beyond communicable disease control: Health in the age of globalization. En: Kaul I, Conceição P, Le Goulven K, Mendoza RU, editores. Providing Global Public Goods: Managing globalization. New York: UNDP, Oxford University Press; 2003. p. 485-515.
- Buss PM. Pobreza e saúde no Brasil. Cadernos da Oficina Social. 2002;11:195-202.
- Buss PM. Desenvolvimento, ambiente e saúde. Ciência & Ambiente. 2002;25:9-32.
- Carr D. Cómo mejorar la salud de los más pobres del mundo. Washington: Population Reference Bureau; 2004. (Boletín de Salud 1) p. 40.
- Citizens Development Corps. Health in a Era of Globalization [en línea] 2004 [fecha de acceso 18 de julio de 2005]. URL disponible en: <http://www.cdc.org/>
- Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a Global Public Good. En: Kaul I, Grunberg I, Stern MA, editores. Global Public Goods: International cooperation in the 21st. Century. New York: UNDP, Oxford University Press; 1999. p. 284-304.
- Huynen MMTE, Martens P, Hilderink HBM. The health impacts of globalization: a conceptual framework [en línea] 3 de agosto de 2005 [fecha de acceso 2005]. URL disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/pdf/1744-8603-1-14.pdf>

Kaul I, Grunberg I, Stern MA. Defining global public goods. En: Kaul I, Grunberg I, Stern MA, editores. *Global Public Goods: International cooperation in the 21st. Century*. New York: UNDP, Oxford University Press; 1999. p.2-19.

Kaul I, Mendoza RU. Advancing the concept of public good. En: Kaul I, Conceição P, Le Goulven K, Mendoza RU, editores. *Providing Global Public Goods: Managing globalization*. New York: UNDP, Oxford University Press; 2003. p.78-111.

Naciones Unidas. *Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio (A/56/326)*, Nueva York: Naciones Unidas; 2001.

Quintanilla T. A globalização do comércio sexual. *Observatório da Cidadania I*. Río de Janeiro: IBASE; 1997. p.63-66.

Woodward D. et al. Globalization and health: a framework for analysis and action. *Bull World Health Organ*. 2001;79(9):875-881.

WHO. *The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Ginebra: WHO; 2002.

Zacher MW. Global epidemiological surveillance: International cooperation to monitor infectious diseases. En: Kaul I, Grunberg I, Stern MA, editores. *Global Public Goods: International cooperation in the 21st. Century*. New York: UNDP, Oxford University Press; 1999. p.266-283.

FORMA DE CITAR

Buss PM. Globalización, Pobreza y Salud. Premio Conferencia Hugh Rodman Leavell. *Salud Colectiva*. 2006;2(3):281-297.

Recibido el 20 de septiembre de 2006

Versión final presentada el 19 de octubre de 2006

Aprobado el 31 de octubre de 2006