

Artículo original

La salud como bien público global en la agenda de desarrollo post-2015

Domínguez-Martín R.

Doctor en Historia Económica. Director de la Cátedra de Cooperación Internacional y con Iberoamérica (Universidad de Cantabria)

Resumen

Objetivo: Analizar las perspectivas de la salud como bien público global en la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2015-2030. **Material y métodos:** A partir de las estadísticas internacionales y mexicanas sobre cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por un lado, y de la lista tentativa de los Objetivos (y metas) de Desarrollo Sostenible (ODS), por otro, se evalúan los límites del enfoque de salud pública de ambas agendas, en cuanto a los determinantes sociales y ambientales de la salud, las desigualdades en salud y los fallos en la gobernanza global de la salud. **Resultados y conclusiones:** De cara a la nueva agenda de los ODS se apoya la creación de una Plataforma para la Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura universal sanitaria en los países en desarrollo.

Palabras clave

Salud pública, bienes públicos globales, cobertura universal

Abstract

Objective: Analyze the prospects of health as a global public good on the agenda of Sustainable Development Goals (SDGs) for 2015-2030. **Material and methods:** From international and Mexican statistics on compliance Millennium Development Goals (MDGs), on one hand, and the tentative list of Sustainable Development Goals (SDGs) and targets, on the other one, the limits of the public health approach of both agendas are evaluated, respect to the social and environmental determinants of health, health inequalities and failures in global health governance. **Results and conclusions:** Facing the new SDGs agenda, the Platform for the Framework

Convention on Global Health it is supported to achieve universal health coverage in developing countries.

Key words

Public health, global public goods, universal coverage

Introducción

En los últimos años, la multiplicación de epidemias (gripe asiática 2004-06, gripe A 2009-10 y Ébola desde 2012) ha reforzado la conciencia global sobre la salud. Pero la salud es una preocupación internacional desde hace mucho tiempo y, en el caso de América Latina, se remonta a la creación de la Oficina Sanitaria Internacional (1902), luego Oficina Sanitaria Panamericana (1923) y finalmente Organización Panamericana de la Salud (1958), que funge desde entonces como capítulo regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) iniciada en 1948.

El presente ensayo^[1] tiene como propósito analizar las perspectivas de la salud como bien público global (BPG) en la agenda de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para 2015-2030. Para ello se realiza una evaluación de los límites del enfoque de salud pública de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en cuanto a los determinantes sociales y ambientales de la salud, las desigualdades en salud y los fallos en la gobernanza global de la salud, que, de cara a la nueva agenda de los ODS, han impulsado la creación de una Plataforma para la Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura sanitaria universal tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

El trabajo se estructura en tres partes. En el primer apartado se realiza una evaluación normativa de la salud como derecho humano universal y BPG. En el segundo

[1] El texto recoge las principales ideas de sendas conferencias que dicté en 2014 para la Secretaría de Salud del Estado de Jalisco, en la Universidad Cuauhtémoc (Guadalajara, México), y el Servicio Cántabro de Salud del Gobierno de Cantabria (Santander, España) en el *Curso de Introducción a la cooperación sanitaria*. Agradezco a varios de los intervinientes las sugerencias recibidas, y la doctora Gemma E. Licón la revisión técnica, adelantando que los errores y omisiones son de mi exclusiva responsabilidad.

apartado se establece un balance crítico de la salud en la agenda de los ODM tanto a nivel global como para México en particular. En el tercer apartado se valoran las perspectivas de la salud como derecho humano universal y BPG en la nueva agenda de ODS que sucederá a la de los ODM después de 2015 y estará vigente hasta 2030. El ensayo finaliza con unas breves consideraciones finales sobre la pertinencia de una Convención Marco de la Salud Global con el fin de lograr la cobertura universal sanitaria en los países en desarrollo.

1. La salud como derecho humano universal y bien público global

La salud fue recogida en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948 (art. 25), a partir de la definición de la OMS en su acta de constitución (1946) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) reconoció el derecho de toda persona al “más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12), de acuerdo al principio de “realización progresiva” (dependiente de la restricción o disponibilidad presupuestaria).

La conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata (1978) marcó el hito fundamental en política de salud con su declaración *Salud para Todos*. Esta declaración subrayó la importancia de la atención primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud, introdujo el tema de la desigualdad en salud (entre países y dentro de los países) como determinante de la misma, y, en consecuencia, sustituyó el paradigma clínico de la salud por el paradigma integral de los determinantes sociales casi treinta años antes de que la OMS creara la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en 2005.^{1,2}

La Salud estuvo presente en 3 de los 8 objetivos en la agenda de los ODM lanzada en 2001, como agenda de objetivos de desarrollo mínimo:³ reducir la mortalidad infantil (Objetivo 4), mejorar la salud materna (Objetivo 5) y avanzar en la lucha contra el VIH y otras enfermedades (Objetivo 6). Y otros 3 objetivos incluyeron metas de salud asociadas a la nutrición (erradicar la pobreza extrema y el hambre, Objetivo 1), acceso al agua potable y saneamiento (asegurar un medio ambiente sano y seguro, Objetivo 7), y acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios accesibles en colaboración con las empresas farmacéuticas (lograr una alianza global para el desarrollo, Objetivo 8).

Pese a todo este interés internacional, la salud por sí misma no es un bien BPG: sólo la I+D+i (investigación + desarrollo

+ innovación) en salud y la prevención de enfermedades transmisibles se pueden considerar en la práctica BPG.⁴ Los BPG añaden el carácter global al de los bienes públicos, cuya definición canónica por la premio Nobel de Economía Elinor Ostrom, es la de aquellos que están disponibles para todos (no excluyentes) y sobre los cuales el uso por parte de una persona no impide el uso por parte de otras personas (no rivales). Los BPG traspasan grupos poblacionales y fronteras (están disponibles para todos o para gran parte de los países) y sus costes de provisión y beneficios (externalidades positivas) se extienden entre generaciones (pasadas, presentes y futuras).^{5,6}

A principios de los 90, ante la epidemia del VIH/SIDA, los países desarrollados se concientizaron que la ayuda internacional para la salud no era sólo una donación humanitaria, sino también una inversión para proteger la salud de sus propias poblaciones. Y el concepto clave para ello fue el de BPG.⁴

Los economistas utilizan la jerga de la no rivalidad y la no exclusión para definir los BPG, como un caso extremo, frente a los bienes privados, que presentarían el caso extremo opuesto. Mientras los bienes privados son rivales (disminuyen por el uso y por tanto rivalizan en consumo) y excluyentes (se puede evitar que los demás los consuman), los BPG son no rivales (el consumo que se hace de ellos no reduce la cantidad disponible para el resto de personas o grupos) y no excluyentes (una vez producido el bien, está disponible para todos). Dado que todos se pueden beneficiar de los BPG y que cualquiera puede aprovecharse de la provisión que de ellos hacen otros sin asumir su coste, los BPG pueden estar infra-provisionados por el mercado. Ello requiere intervención no solo de un Estado, sino que, por su carácter global, precisa la cooperación internacional al objeto de maximizar las externalidades positivas de los BPG o minimizar las negativas en caso de infra-provisión, punto en el que se habla de males públicos globales (MPG).^{5, 6, 7} En definitiva, los BPG son tanto facilitadores como objetivos de desarrollo, que requieren cooperación internacional para asegurar su provisión y evitar que se traduzcan en MPG.⁸ La salud es un ejemplo particularmente pertinente de ello.^{7,9}

Efectivamente, entre los BPG (MPG) destacan: la estabilidad del clima (calentamiento global) y del sistema financiero (crisis financiera global); la paz y la seguridad (conflictos bélicos y terrorismo); y (I+D+i) en salud, que sería un BPG facilitador del desarrollo, y el control de enfermedades transmisibles (epidemias globales), que sería un objetivo de desarrollo. En el tema de la salud es revelador que el presidente actual del Banco Mundial, Yim Jong

Kim, no sea economista, sino un médico y antropólogo, profesor de la Escuela de Medicina y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, fundador de Partners in Health, y ex director del Departamento de VIH/SIDA de la OMS.^[2]

La salud es un facilitador del desarrollo porque mejora la productividad del capital humano: un aumento del 10% en la esperanza de vida está asociado con la elevación en 0.3 puntos de la tasa de crecimiento económico anual de los países. La enfermedad reduce la productividad y el ingreso de los trabajadores y trabajadoras y es una de las causas de la trampa de pobreza, que genera un círculo vicioso pobreza-mala salud: la pobreza resultante impacta en la salud a través de sus efectos en la nutrición, la educación, las condiciones de vivienda y salubridad.¹⁰

Ahora bien, la I+D+i en salud como BPG es un ejemplo claro de cómo un fallo de mercado precisa cooperación internacional de los Estados: el 90% del gasto privado en este rubro está enfocado a combatir enfermedades que afectan sólo al 10% de la población mundial. Pero la solución planteada hasta ahora ha sido la creación de alianzas público-privadas (PPP en sus siglas en inglés) globales,⁴ como el gigante Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (GFTAM, en sus siglas en inglés), que desde 2002 moviliza e invierte cerca de US\$4,000 millones al año para financiar programas dirigidos a acelerar el fin de las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria. Igualmente, el control de las enfermedades transmisibles (en términos de vigilancia epidemiológica, inmunización, y otras medidas preventivas) es un BPG que genera externalidades positivas: prevenir/reducir el contagio en un país beneficia a otros países. En todo caso, la cooperación internacional de los Estados para su provisión también se ha planteado bajo la forma mixta de PPP globales,⁴ como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI, en sus siglas en inglés), que acaba de ser refinanciada para el período 2016-2020 con más de US\$7,500 millones. En ambas PPP, la Fundación Bill y Melinda Gates es el operador privado más destacado (en el FGTAM ha aportado hasta ahora US\$1,400 y para la GAVI se ha comprometido con US\$1,500).

En general, estas PPP asociadas a los ODM 4, 5 y 6 presentan productos que tienden a confundir con

resultados (7,3 millones de personas tratadas con retrovirales, 12,3 millones sometidas a pruebas de detección de la tuberculosis, distribución de 450 millones de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir la propagación de la malaria, en el caso de GFTAM; 500 millones de niños vacunados evitando 7 millones de muertes prematuras en 73 países en el caso de GAVI).^[3] En concreto, buscan promover intervenciones fáciles de vender a los votantes y gobiernos financiadores (*quick wins*), pero siguen enfocadas a soluciones clínicas a expensas del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, que son los que afrontando los determinantes sociales de salud pueden lograr finalmente la provisión de la salud como BPG.^{11, 12}

Esto significa que debería asumirse como objetivo la cobertura sanitaria universal: “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”, según la OMS (actualmente 100 millones de personas al año se empobrecen por eso, y 1,3 billones son excluidas). Y ser consecuente con la globalización, que genera la interdependencia internacional de los procesos económicos, ambientales, políticos y sociales con la salud de la población.^{1, 13}

Por tanto el concepto de Salud Global requiere cambiar el enfoque clínico tradicional por un enfoque integral e interdisciplinar de salud preventiva: que atienda a los determinantes sociales y ambientales de la salud (los 7/8 del “iceberg de la enfermedad”); que haga frente a las desigualdades internacionales y al interior de los países en salud; y que resuelva el déficit de gobernanza internacional de la salud como BPG.¹³

La salud global no es un problema de los países en desarrollo, sino de interdependencia entre países en desarrollo y desarrollados (caso del Ébola). La salud global no es un asunto de problemas de salud, sino de los determinantes de la salud (“aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos mundiales, nacionales y locales que explican la mayor parte de las inequidades sanitarias”, Resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud, 2009). Y no es solamente una cuestión

[2] Véase el perfil biográfico en <http://www.bancomundial.org/es/about/president/about-the-office/bio>.

[3] Véase <http://www.theglobalfund.org/es/about/results/> y <http://www.gavi.org/data-vis/>.

de salud pública, sino del contexto internacional en que operan los sistemas de salud y sus problemas de financiación.^{1, 13}

En particular, es importante tener en cuenta que la salud como BPG es interdependiente de otros BPG como el conocimiento y la estabilidad climática. Sobre el cambio climático, la Lancet Commission (2009) señaló que el cambio climático (como MPG) es la mayor amenaza para la salud global del siglo XXI. Básicamente, el aumento de las temperaturas será responsable del incremento del número de mosquitos y la incidencia de la malaria y otras enfermedades como el dengue, que se está extendiendo no solo por Asia y América Latina, sino a Europa; o de la expansión de la fiebre chikungunya por el Caribe y Centro y Suramérica. Y además, hay que tener en cuenta los efectos no cuantificables sobre la salud del aumento de la contaminación, los cambios en la producción de alimentos, las temperaturas y fenómenos climáticos extremos, o la disminución de las reservas de agua potable. Estos efectos llegarán (están llegando) antes y con mayor intensidad a los pobres de los países más pobres.^{14, 15}

2. Salud en los ODM: balance crítico

Con los ODM (2001) la salud como fenómeno internacional consiguió casi duplicar el porcentaje de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) asignada al sector salud (uno de los grandes ocho sectores en los que se clasifica la AOD), que pasó del 7 al 13% del total en el período 1995-2000 al 2007-2011 (aunque la mayor parte del aumento fue destinado a la lucha contra el VIH/SIDA).¹⁶

Aunque la salud es omnipresente en los ODM (con los Objetivos 4, 5 y 6 específicos de salud, y metas de salud en los Objetivos 1, 7 y 8), sólo el Objetivo 6 y la meta correspondiente del 8 están claramente relacionados con la salud como BPG. Pero el enfoque que se ha dado a alguna de sus soluciones (la provisión de anti-retrovirales subvencionados) no es coherente con el concepto de salud como BPG: los antiretrovirales pueden ser rivales (no están disponibles para todos los países) y excluibles (las personas sin ingresos pueden quedarse sin acceso a ellos, y, de hecho, el 56% de las personas con VIH en 2012 no tuvieron terapia anti-retroviral),¹⁷ porque están sujetos al Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio

(ADPIC) que, para los países que no producen sus propios anti-retrovirales genéricos, supone un elevado coste de provisión de la terapia contra el VIH/SIDA.¹²

La asignación de la AOD destinada a los Objetivos 4 y 5 se estancó en términos relativos (en torno al 6%) comparando los períodos 1995-2000 y 2007-2011,¹⁶ lo que, junto con la falta de un enfoque coherente con la consideración de la salud como BPG y derecho humano universal, explica el modesto balance de los 3 objetivos específicos de salud en términos de las metas propuestas (caso de los Objetivos 4 y 5) y teniendo en cuenta la escasa ambición de las mismas (caso del Objetivo 6).

En efecto, los ODM no tomaron en cuenta los problemas de desigualdad en salud: no fueron coherentes con la Declaración *Salud para Todos* de 1978, ni con la propia doctrina de NNUU sobre la salud como derecho humano universal.

Respecto a la mortalidad de los menores de 5 años (Objetivo 4), la meta era reducirla en dos terceras partes entre 1990 y 2015, pero, aunque se han logrado importantes avances (en 2012 murieron 6,6 millones de menores de 5 años, en comparación con 12,6 millones en 1990, una reducción del 47%, pasando de una tasa estimada de 90 a 48 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y el ritmo mundial de este descenso se ha acelerado pasando del 1,2% anual en 1990-1995 al 3,9% en 2005-2012), la meta no se alcanzará para 2015,¹⁷ en gran medida por la persistencia de las desigualdades entre países en función del nivel de ingreso (Tabla 1), y por las desigualdades dentro de los países.¹⁴ En el caso de México (país de ingreso medio-alto), la reducción fue desde 41 en 1990 a 16,7% en 2011, considerándose que la meta (13,7) podrá cumplirse en 2015 a nivel federal, aunque con importantes rezagos en más de la mitad de los estados de la República.¹⁹

Tabla 1.
Tasa de mortalidad de menores de 5 años por nivel de ingreso

Países por nivel de ingreso	1992	2012
Ingresos bajos	166	82
Ingresos medio-bajos	118	61
Ingresos medio-altos	54	20
Ingresos altos	15	6

Fuente: ¹⁷

[4] El 60% de los niños más ricos de los países en desarrollo tienen 1.2 más probabilidades de dormir bajo una mosquitera, 1.5 de estar vacunados y 3.7 veces de haber nacido atendidos por personal especializado que el 40% de los más pobres.¹⁸

Se estima que el 45% de la mortalidad infantil está asociada a la desnutrición, que incluye la limitación del crecimiento fetal, el retraso del crecimiento, la emaciación muscular y la carencia de vitamina A y zinc, junto con la lactancia materna sub-óptima. En este punto, la meta del Objetivo 1 de reducción a la mitad de la proporción de personas que padecen hambre está cerca de cumplirse en lo referido a los niños menores de 5 años con peso insuficiente (que pasó del 25 al 15% entre 1990 y 2012), aunque todavía 1 de cada cuatro niños menores de 5 años en los países en desarrollo sufren retraso en su crecimiento (definido como peso y talla bajos para la edad), y las mejoras en el indicador de peso insuficiente se han distribuido de forma muy desigual entre las regiones y dentro de ellas (desde Asia meridional, donde pasó del 50 al 30%, a América Latina, donde pasó del 7 a 3%).¹⁷ México en este punto estaría dentro del rango regional, al pasar del 10.8 en 1998 al 2.8% en 2012, habiendo, pues, cumplido la meta.¹⁹

Otro determinante importante de la mortalidad infantil es el acceso al agua potable y saneamiento. El Objetivo 7 contiene una meta de salud para 2015 consistente en reducir a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento: en los países en desarrollo, la meta se alcanzó ya (al pasar del 30 al 13% entre 1990 y 2012); sin embargo, los progresos han sido desiguales en las diferentes regiones, desde África Subsahariana, donde pasó del 52 al 46%, a América Latina, donde pasó del 15 al 6%, y entre las zonas urbanas y rurales, así como entre ricos y pobres.¹⁷ Además, hay una importante deficiencia en las estadísticas, ya que la información se basa en encuestas que no comprueban la calidad del agua.^[5] En cuanto al saneamiento básico, el ritmo actual de los progresos es demasiado lento para que se alcance la meta de los ODM a nivel global. En 2012, 2,500 millones de personas no tenían acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, y 1,000 millones de estas personas todavía practican la defecación al aire libre. Además, el número de personas que viven en zonas urbanas sin acceso a saneamiento mejorado es cada vez mayor debido al rápido crecimiento de las poblaciones urbanas.¹⁷ En el caso de México, la meta de reducción de la proporción de personas sin acceso a

fuente mejorada de agua también se cumplió (pasó del 21.6 en 1990 a 9.1% en 2010), al igual que la de reducción de los sin acceso a saneamiento (pasó del 41.4 al 22.3% en 2010), aunque la proporción de personas en esta situación todavía sigue siendo enorme: más de 1 de cada 5 mexicanos y mexicanas no tiene acceso a saneamiento y siete estados están por debajo de la meta.¹⁹

En cuanto al Objetivo 5, la principal crítica es que no se atendió adecuadamente a la salud sexual y reproductiva (añadida como meta en la revisión de los ODM en 2005, con indicadores a partir de 2007), que había sido uno de los principales acuerdos de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994).¹⁶ El resultado es que la meta de reducción en tres cuartas partes de la tasa de mortalidad materna (la muerte de una mujer durante o poco después del embarazo) quedó muy lejos de cumplirse: pese a la caída significativa del número de muertes maternas (de una cifra estimada de 523 mil en 1990 a 289 mil en 2013), el ritmo de esa disminución de muertes de madres de entre 15 y 45 años por cada 100 mil niños nacidos vivos es de poco más de la mitad de la necesaria (pasó de 430 a 370 en los países en desarrollo) para alcanzar la meta (230), mientras que lograr el acceso universal a la salud reproductiva quedó también muy lejos, ya que la proporción de mujeres que fueron atendidas durante el embarazo cuatro o más veces (mínimo recomendado por la OMS) sólo aumentó del 37 al 52% en los países en desarrollo; y el embarazo de adolescentes (cuya interrupción en condiciones de ausencia de derecho al aborto es la causa real más importante de la mortalidad materna) apenas se redujo de 64 nacimientos por cada 1,000 mujeres de 15 a 19 años en 1990 a 54 en 2011, por mucho que la definición de la meta (reducir) diga que se ha logrado su cumplimiento.¹⁷ En el caso de México, el progreso en este Objetivo también fue insuficiente, pasando de 88,7 mujeres muertas durante o inmediatamente después del embarazo en 1990 a 43 en 2011 (aunque con importantes diferencias entre estados), siendo la meta para 2015 de 22,2. Las cifras de embarazo adolescente también arrojan datos preocupantes: 81,4 en 1990 y 69,5 en 2007 (último dato disponible), que revela la baja prioridad de esta problemática en las políticas de salud pública.¹⁹

[5] "Las preguntas sólo distinguen dos categorías de fuentes de suministro de agua: las fuentes mejoradas y las fuentes tradicionales. La primera incluye agua por tubería, grifos y bombas de titularidad pública, pozos protegidos y sistemas de recolección de agua de lluvia. Las tradicionales son los pozos sin protección, aguas superficiales y agua de camiones. Se supone que todas fuentes mejoradas proveen agua potable porque, supuestamente, estas protegen el agua de la contaminación desde el exterior". Sin embargo, los datos de UNICEF y la OMS demuestran que "la contaminación microbiológica del agua se da con mucha frecuencia; sucediendo también en la obtenida de fuentes mejoradas".²⁰

En el Objetivo 6, aunque la tasa de incidencia de VIH/SIDA (número de nuevos infectados al año por cada 100 personas de 15 a 49 años) se redujo en el conjunto de los países en desarrollo de 0.10 a 0.06 entre 2001 y 2012, la propagación de esta epidemia continuará porque todavía hay demasiados casos de nuevas infecciones (en 2012 hubo 2,3 millones de nuevas infecciones por el VIH, el 70% de ellos en África subsahariana) y, paradójicamente, por el avance (insuficiente) en el acceso al tratamiento anti-retroviral en países los países en desarrollo (poco más de 9,7 millones de personas en 2012), que disminuirá la mortalidad por causas relacionadas con el SIDA.¹⁷ En el caso de México, la tasa de incidencia del VIH/SIDA fue de 0.24 en 2012, ligeramente más alta que la del año base (0.21), aunque la meta se considera cumplida al quedar por debajo del marcador establecido en 0.60, al igual que la población infectada con acceso a medicamentos anti-retrovirales (85.1 en 2011, siendo la meta del 80%).¹⁹

La meta de reducción de la incidencia de la malaria también se encaminó hacia su cumplimiento: en el período 2000-2012, la incidencia de la malaria y las tasas de mortalidad de la población en riesgo disminuyeron en todo el mundo el 29% y el 42%, respectivamente. En todo caso, según cálculos de la OMS, aproximadamente la mitad de la población mundial corre el riesgo de contraer la malaria, y se calcula que en 2012 hubo 207 millones de casos, 627 mil de ellos mortales; la mayoría de esas muertes se produjeron en niños africanos menores de 5 años.¹⁷ Para México la incidencia de la malaria cayó del 51.1 (por cada 100 mil habitantes) en 1990 al 0.7 en 2012.¹⁹

En cuanto a la tuberculosis, a escala global, el número de nuevos casos registrados cada año ha ido disminuyendo lentamente durante un decenio (en paralelo al aumento de la tasa de tratamiento, que superó la meta del 85%) con lo que la meta de reducir la propagación de la enfermedad para 2015 se puede dar por cumplida. Así todo, se estima que en 2012 se produjeron 8,6 millones de nuevos casos y 1,3 millones de defunciones (incluidas 320,000 defunciones de personas VIH positivo)¹⁷ Para México, en cambio, la tasa de incidencia de la tuberculosis (en todas sus formas) ha crecido ligeramente desde 1990 a 2012 (de 16.6 por cada 100 mil habitantes a 16.8, con más de la

mitad de los estados por encima de esta última media), si bien la meta de reducción de la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes está en camino de cumplirse (pasó de 7.1 en 1990 a 2.2 en 2011, siendo la meta para 2015 de 1.7).¹⁹

Finalmente, en el Objetivo 8, la meta de proporcionar acceso a los medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo en cooperación con las empresas farmacéuticas, tampoco parece que se vaya a alcanzar, precisamente por la no consideración de la salud como un derecho humano universal. Como señala la OMS, “muchas personas siguen sufriendo una escasez de medicamentos en el sector público que les obliga a acudir al sector privado”. Las encuestas realizadas entre 2007 y 2012 revelan que la disponibilidad media de determinados medicamentos genéricos en el sector público en países en desarrollo era de tan solo un 57%; siendo los precios para el paciente de los medicamentos genéricos más baratos eran en el sector privado un promedio de 5 veces mayores que los precios internacionales de referencia. “Incluso con los genéricos de menor precio, hay tratamientos comunes que pueden estar fuera del alcance de los hogares con bajos ingresos de los países en desarrollo. El mayor precio lo pagan los pacientes con enfermedades crónicas. Existen tratamientos eficaces para la mayoría de la carga mundial de morbilidad crónica, pero sigue sin alcanzarse el acceso universal”.^[6]

Cabe señalar, por último, que los ODM no tomaron en cuenta los determinantes sociales que restringen la habilidad de los individuos para llevar una vida sana. El Objetivo 8 no incluyó ninguna meta sobre la regulación de las prácticas de publicidad de las compañías de tabaco, bebidas y alimentos que dañan la salud. Esto alude a la necesidad de considerar las enfermedades no transmisibles (verdaderas epidemias industriales o enfermedades impulsadas por el beneficio) como un MPG, y su prevención como un nuevo BPG que exigirá medidas contundentes contra las prácticas de las multinacionales de la alimentación, bebidas y tabaco.²¹ ²² No hay que olvidar que las enfermedades vinculadas a la obesidad (diabetes mellitus e hipertensión) y el tabaquismo (cardiopatía) son la primera y creciente causa de mortalidad prematura a nivel global. En

[6] Véase <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.

China, India, Brasil, México o Sudáfrica, los cambios en la dieta están liderados por los productos de “alimentación” de empresas como Mengniu Dairy (China), Gujarat Cooperative Milk (India), Nestlé, Kraft, Unilever, PepsiCo o Bimbo (en Sudáfrica, Brasil y México) con cuotas de mercado muy elevadas.^{21,22} Estos productos están empeorando los indicadores de salud: la diabetes tipo 2 se va a convertir en la séptima causa de muerte para 2030, como consecuencia del consumo de bebidas azucaradas y comida chatarra ultra-procesada, con especial incidencia en los países en desarrollo: para entonces se calcula que México, que en 2011 era el 7º país del mundo con mayor número de afectados (10,3 millones) ascienda al 6º lugar (16,4 millones), después de China (129,7), India (101,2), EUA (29,6), Brasil (19,6) y Bangladesh (16,8).²³ En este punto es importante destacar que la regulación pública (en cuestiones como el etiquetado o la publicidad) es necesaria para reducir las externalidades negativas sobre la salud global que generan estas empresas.^[7]

3. Salud en los ODS: perspectivas

A partir de 2016 entrará en vigor la nueva agenda de desarrollo que sustituirá a los ODM: los ODS. La propuesta, aprobada por el Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General de NNUU en julio 2014, que parece será la definitiva en el momento en que se escriben estas líneas (abril de 2015)²⁵ consiste en una lista de 17 objetivos y 169 metas. Frente a los ODM, con 3 de los 8 objetivos enfocados a la salud, se podría pensar que los ODS, con solo 1 objetivo de 17 específico sobre salud, está ha perdido fuerza. Sin embargo, el ODS 3 (garantizar una vida sana y

promover el bienestar para todos en todas las edades) está articulado con 8 metas específicas de otros 5 objetivos que se refieren a los determinantes sociales de la salud (Tabla 2). Asimismo, se puede considerar que el Objetivo 3 es complementario con un buen número de otros. La implementación de esquemas de protección social requeridos en el Objetivo 1 incluye la protección de la salud. La salud es clave para lograr el Objetivo 4 de educación. El agua potable, el saneamiento y los servicios de higiene del Objetivo 6 contribuyen a limitar la extensión de las enfermedades. El empleo y el bienestar económico del Objetivo 8 fortalecen las posibilidades de acceso a los cuidados de salud donde no son ofrecidos por el sector público. Y los Objetivos 13, 14 y 15, relativos a la lucha contra el cambio climático, los servicios del ecosistema y el bienestar medioambiental, pueden complementar el Objetivo 3 como mínimo indirectamente.²⁶ Es importante señalar, por último, que en el ejercicio de análisis costo-beneficio del Copenhagen Consensus Centre, donde se identificaron las metas más costo-efectivas (donde el gasto de cada USD\$1 rinde por encima de USD\$15), de las 18 seleccionadas 9 son relativas a la salud.²⁷

En cuando al Objetivo 3, contiene nueve metas y cuatro mecanismos de implementación (Tabla 3), que inicialmente se ha valorado como “una agenda de salud comprensiva y ambiciosa que incorpora y construye a partir de los ODM no cumplidos, pero se desplaza hacia una visión más holística de la salud y el bienestar”,²² para después ser criticada por su ambición poco realista, con metas cuya operacionalización no refleja suficientemente las elevadas aspiraciones del objetivo, que no se considera alcanzable para 2030 ni siquiera dando cumplimiento a la mayoría de las 9 metas.²⁶

[7] A este respecto es importante destacar la experiencia de Ecuador. En este país el 82% de los alimentos procesados antes de 2013 contenían altos niveles de azúcar, sal y grasas. Ante ello, el Gobierno obligó mediante un reglamento de etiquetado a que todas las empresas identificaran en sus productos los niveles de azúcar, sal y grasas, mediante un sistema de semáforo (copiado del Reino Unido) perfectamente comprensible para todos los consumidores. Aunque el programa todavía no ha sido evaluado desde su implementación en 2013, un primer efecto que ha tenido es incentivar a las empresas a bajar todos o alguno de los tres componentes para situar a su producto en los niveles medio (amarillo) o bajo (verde) identificados ahora fácilmente como más saludables por los consumidores.

Tabla 2.
Metas relacionadas con la salud de los ODS 2, 5, 6, 11 y 16

ODS	Metas relacionadas con salud
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.	<p>2.1. Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.</p> <p>2.2. Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluido el logro, a más tardar en 2025, de las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.</p>
5. Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.	<p>5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.</p> <p>5.6. Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.</p>
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos.	<p>6.1. Para 2030, lograr el acceso universal y equitativo a agua potable segura y asequible para todos.</p> <p>6.2. Para 2030, lograr el acceso equitativo a servicios de saneamiento e higiene adecuados para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones vulnerables.</p>
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.	<p>11.2. Para 2030, proporcionar acceso a sistemas de transporte seguros, asequibles, accesibles y sostenibles para todos y mejorar la seguridad vial, en particular mediante la ampliación del transporte público, prestando especial atención a las necesidades de las personas en situación vulnerable, las mujeres, los niños, las personas con discapacidad y las personas de edad.</p>
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.	<p>16.1. Reducir considerablemente todas las formas de violencia y las tasas de mortalidad conexas en todo el mundo.</p>

Fuente: ^{22, 25}

Tabla 3.
metas y mecanismos de implementación del ODS 3
(Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades)

Metas	<p>3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.</p> <p>3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años.</p> <p>3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.</p> <p>3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.</p> <p>3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.</p> <p>3.6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.</p> <p>3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.</p> <p>3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.</p> <p>3.9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.</p>
Mecanismos de implementación	<p>3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.</p> <p>3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.</p> <p>3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.</p> <p>3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.</p>

Fuente: ²⁵

En efecto, una primera lectura lleva a pensar que el nuevo Objetivo 3 responde a muchas de las críticas anteriores sobre las insuficiencias de los ODM, cuyo trabajo se pretende además terminar. Para ello se quiere poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años para 2030 (meta 3.2), lo que completaría el ODM4. Se plantea una nueva meta (3.1) de reducción de mortalidad materna (por debajo de 70 mujeres muertas durante o inmediatamente después del embarazo por cada 100 mil nacidos vivos para 2030) y se defiende una mayor atención a la salud sexual y reproductiva (que en 2030 debe ser de acceso universal, incluyendo la planificación familiar, meta 3.7), lo que acabaría el trabajo del ODM5. Se pretende acabar con las epidemias de SIDA, tuberculosis y malaria del viejo ODM6, que se expande a las enfermedades tropicales desatendidas^[8] (meta 3.3) y a las enfermedades no transmisibles (que deben reducirse un tercio para 2030, meta 3.4), que son responsables de 2 de cada 3 muertes a nivel mundial. Se toma en cuenta el derecho a la cobertura sanitaria universal (meta 3.8) y los determinantes sociales y ambientales de la salud, con metas sobre prevención del abuso de alcohol y tabaco (meta 3.5), reducción a la mitad del número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico para 2020 (meta 3.6) que son la octava causa de mortalidad a nivel mundial, y reducción sustancial para 2030 del número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos y peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo (meta 3.9).²²

Sin embargo, se repiten los errores de los ODM: las metas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.6 y 3.9, plantean reducciones proporcionales o absolutas que no tienen en cuenta las enormes diferencias de partida de los países y el problema del infra-registro de datos de mortalidad materna; las metas 3.7 y 3.8, buscan acceso y cobertura universales que tampoco tienen en cuenta la gran desigualdad de partida entre los distintos países; la meta 3.5, que afecta a los intereses de la industria de bebidas alcohólicas, es como la 3.9, inespecífica y ambas se enfrentan a desafíos muy importantes en la recogida y evaluación de datos respectivamente.²⁶

En cuanto a los mecanismos de implementación, las cuestiones que se refieren a cómo lograr efectivamente la cobertura sanitaria universal (el derecho humano a la

salud), quedan en un plano de meras recomendaciones sin horizonte temporal para su cumplimiento, dependen de la voluntad de los países desarrollados en los que falla, como siempre, la coherencia de políticas, y se echa en falta un mecanismo específico para combatir las enfermedades fabricadas industrialmente a través de restricciones a la publicidad y el consumo de bebidas azucaradas, alimentos ultra-procesados y alcohol, por no mencionar el marketing de la industria del automóvil.^{21, 22} El Convenio sobre el Tabaco, que entró en vigor en 2005, no está ratificado por EUA. La legislación sobre propiedad intelectual, que favorece sistemáticamente a los países desarrollados, frena el acceso a los medicamentos a precios asequibles en los países en desarrollo. Y el aumento de la financiación de los sistemas de salud de los países en desarrollo (que concentran el 93% de la carga de enfermedad y solo tienen el 11% del gasto mundial en salud) queda a discreción de los donantes, que han incumplido sistemáticamente sus acuerdos de financiación.^{28, 22, 1} Y además, la meta 3.8, siguiendo a la OMS, asume el entendimiento de la cobertura sanitaria universal como un proceso de aumento de los fondos de cobertura, de la población cubierta y de los servicios prestados, de acuerdo al principio de realización progresiva²⁸ (de ahí la ausencia de límite temporal contra el que evaluar la meta).

Por tanto, no se está hablando de cobertura universal, sino de acceso universal (en términos físicos y financieros), lo que deja una puerta abierta a la exclusión sanitaria y a la privatización de los servicios.²⁸ Sólo así se puede entender la afirmación de que México alcanzó en 2012 la cobertura universal en salud.²⁹ Sin embargo, una parte importante de la población “asegurada” no tiene un acceso real a la atención, y se reproduce la segmentación que deja a millones de personas fuera de la seguridad social, homogeneiza hacia abajo sus beneficios, e introduce una progresiva privatización de los servicios.²⁸

Consideraciones finales

En definitiva, las desigualdades internacionales en salud (“las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria”,

[8] Se trata de un grupo de enfermedades infecciosas diversas causadas por patógenos como virus, bacterias, protozoos y helmintos. Las 17 enfermedades que la OMS considera prioritarias son prevalentes en 149 países; esas enfermedades, como el dengue, pueden provocar múltiples infecciones en una persona y, generalmente, se relacionan con la pobreza, y afectan a más de 1,000 millones de personas en todo el mundo. Véase <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/es/>.

Resolución 62.12 de la Asamblea Mundial de la Salud, 2009) y dentro de los países¹ no son efectivamente abordadas. No lo fueron en la agenda de los ODM, cuyo balance en este punto es de persistencia de elevadas desigualdades en salud entre y dentro de los países, pese a la caída de esta última.¹⁸ Y no los son, si se mira detrás de las apariencias de la retórica, en la de los ODS. Cuando se observan las diferencias en el gasto en salud en los países de acuerdo a su nivel de ingreso (con los países de ingreso alto doblando el gasto sobre PIB y el gasto público en salud sobre el gasto total y más que triplicando el gasto público en salud sobre el PIB, respecto a los países de ingreso bajo)³⁰ se concluye que “la urgente necesidad de que los países establezcan sistemas de salud gratuitos y universales” reclamada por Oxfam³¹ no va a ser posible si no se incrementa la cooperación internacional en salud y se aborda la tarea pendiente de completar la vieja agenda de *Salud para Todos* de Alma-Ata (1978): “la nueva meta y objetivos pueden ser alcanzables si perseguimos realmente la prevención en vez de confiarnos en el repliegue al tratamiento”, lo cual significa abordar los determinantes comerciales de la mala salud y las enfermedades impulsadas por el beneficio o producidas industrialmente, así como repensar la política de I+D+i donde el sector público debe tomar una mayor iniciativa.^{22, 21}

Además, como señala Oxfam, “la cobertura sanitaria universal debe basarse en el principio de solidaridad social, en forma de subvenciones cruzadas de renta de ricos a pobres y de subvenciones cruzadas de niveles de riesgo de las personas sanas a las enfermas, de modo que el acceso a los servicios dependa de la necesidad y no del poder adquisitivo”.³¹ La ampliación de los servicios de salud hasta alcanzar la cobertura sanitaria universal “requiere de la existencia de un sector sanitario público

fuerte que ofrezca la mayor parte de los servicios”, evitando las PPP, que se consideran “arriesgadas y costosas”, y garantizar que un porcentaje adecuado de los presupuestos nacionales está destinado a la sanidad, dando cumplimiento al objetivo de dedicar al menos el 15% del presupuesto público a salud (acordado en la Declaración de Abuja de la OMS en 2001) y ampliar rápidamente la provisión pública de los servicios de salud.³¹

En este sentido, la propuesta de una Convención Marco de NNUU de Salud Global, cuya Plataforma se lanzó en marzo de 2015, podría ser un buen punto de partida. Una convención es un instrumento jurídico blando que se dota de protocolos opcionales duros porque se tienen que trasponer en la legislación nacional o en los contratos inter-gubernamentales de cooperación internacional.¹ El mensaje de esa la Plataforma es así un desafío para la provisión de la salud como BPG en la nueva agenda de los ODS, y permite el adecuado cierre de este trabajo: “son necesarios estándares más claros para la exigibilidad inmediata del derecho [a la salud] y para evaluar su progreso”, así como “un marco de financiación nacional e internacional claro, con normas exigibles”.^[9]

Rafael Domínguez Martín

Doctor en Historia Económica

domingur@unican.es

ETS de Caminos, Canales y Puertos, CDTUC

Avda. de los Castros s/n 39005 Santander (España)

Celular 0034629603761

[9] http://www.globalhealthtreaty.org/docs/Plataforma_para_el_Convenio_Marco_de_Salud_Global-Definitiva.pdf

Referencias bibliográficas

1. Prosalus y Cruz Roja. *Comprendiendo el derecho humano a la salud*. AECID, Madrid, 2014.
2. Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud, Buenos Aires, 2009.
3. Vandemoortele, J. "Post-2015 agenda: mission imposible?", *Development Studies Research*, 1 (1): 223-232, 2014.
4. Smith, RD y MacKellar, L. "Global public goods and the global health agenda: problems priorities and potential", *Globalization and Health*, 3 (9), 2007.
5. Ostrom, E. *Understanding Institutional Diversity*. Princeton University Press, Princeton, 2005.
6. Hess, C. y Ostrom, E. "Introduction: An Overview of Knowledge Commons", en C. Hess y E. Ostrom (eds.), *Understanding Knowledge as a Commons. From Theory to Practice*. MIT Press, Cambridge Mss: 3-26, 2007.
7. Woodward, D y Smith, R.D. "Global Public Goods and Health: concepts and issues", en http://www.who.int/trade/distance_learning/gpgh/gpgh1/en/.
8. Kaul, I. "Global Public Goods. A concept for framing the Post-2015 Agenda?", *German Development Institute Discussion Paper*, 2/2013.
9. Bozorgmehr, K. "Rethinking the «global» in global health: a dialectical approach", *Globalization and Health*, 6 (19), 2010.
10. Commission of Macroeconomics and Health. *Investing in Health for Economic Development*. World Health Organization, Geneva, 2001.
11. McCoy, D, Kembhavi, G, Patel y Luintel, A. "The Bill & Melinda Gates Foundation grant-making program for global health", *The Lancet*, 373 (9675): 1645-1653, 2009.
12. Nelson, PJ. "Human Rights, the Millenium Development Goals, and the Future of Development Cooperation", *World Development*, 35 (12): 2041-2055, 2007.
13. Rowson, M et al. "Conceptualising global health: theretical issues and their relevance for teaching", *Globalization and Health*, 8 (36), 2012.
14. Anstey, M. "Climate change and health – wath's the problem?", *Globalization and Health*, 9 (4), 2013.
15. World Bank. *Turn Down the Heat. Why a 4°C Warmer World Must Be Avoided*. The World Bank, Washington, 2012.
16. Fukuda-Parr, S, Yamin, AE y Greenstein, Y. "The Power of Numbers: A Critical Review of Millenium Development Goals Targes for Human Development and Human Rights", *Journal of Human Development and Capabilities: A Multi-Disciplinarity Journal for People-Centred Development*, 15 (2/3): 105-117, 2014.
17. Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2014*. NNUU, Nueva York, 2014.
18. Wagstaff, A, Bredenkamp, C y Buisman, L.R. "Progress on Global Health Goals: Are the Poor Being Left Behind?", *The World Bank Research Observer*, 29 (2): 137-162, 2014.
19. Gobierno de México. *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2013*. Presidencia de la República, México, 2013.
20. Vandemoortele, J. "No creas todo lo que dicen de los ODM", *El País*, 16 de febrero de 2015, disponible en: http://elpais.com/elpais/2015/02/09/planeta_futuro/1423489334_643762.html.
21. Sokol, N. "Non-Communicable Diseases: The Role of Global Food, Tocacco, Soft Drink and Alcohol Industries", en <http://journalistsresource.org/studies/environment/food-agriculture/non-communicable-diseases-role-global-food-drink-tobacco-alcohol-industries>, 2014.
22. Buse, K y Hawkes, S. "Health in the sustainable goals: ready for a paradigm shift", *Globalization and Health*, 11 (13), 2015.
23. Whiting, DR, Guariguata, L., Weil, C. y Shaw, J. "IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94: 311-321, 2011.
24. Evans, A y Steven, D. *What Happens Now?. Time to deliver the post-2015 development agenda*. Center of International Cooperation, NYU, New York, 2015.
25. Naciones Unidas. *Informe del Grupo de Trabajo Abierto sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. A/68/970, 12 de agosto de 2014.
26. Stepping, K y Rippin, N. "Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages", en M. Loewe y N. Rippin (eds.), *The Sustainable Development Goals of the Post-2015 Agenda: Comments on the OWG and SDSN Proposals. Revised versión, 26 February 2015*. German Development Institute, Bonn: 21-25, 2015.
27. "Assessing development goals. The good, the bad and the hideous", *The Economist*, 28 de marzo de 2015, disponible en: <http://www.economist.com/news/international/21647316-which-mdgs-did-some-good-and-which-sdgs-might-work-good-bad-and-hideous>.
28. Prosalus y Médicos del Mundo. *La salud en la cooperación al desarrollo al desarrollo. Informe 2013*.
29. Knaul, FM et al. "Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México", *Salud Pública de México*, 55 (2): 207-235, 2013.
30. Ooms, G et al. "Beyond health aid: would an international equalization scheme for universal health coverage serve the international collective interest?", en IS Global, *Building a Global Health Social Contract for the 21th Century*. Institute of Global Health, Barcelona: 115-142, 2013.
31. Oxfam. *Hagámoslo posible. Propuestas de Oxfam para el marco post-2015*. Informe 187, 2014.