

***The Lancet* – Comisión de la Universidad de Oslo sobre Gobernanza Global para la Salud**

Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas para el cambio

Ole Petter Ottersen, Jashodhara Dasgupta, Chantal Blouin, Paulo Buss, Virasakdi Chongsuvivatwong, Julio Frenk, Sakiko Fukuda-Parr, Bience P Gawanas, Rita Giacaman, John Gyapong, Jennifer Leaning, Michael Marmot, Desmond McNeill, Gertrude I Mongella, Nkosana Moyo, Sigrun Møgedal, Ayanda Ntsaluba, Gorik Ooms, Espen Bjertness, Ann Louise Lie, Suerie Moon, Sidsel Roalkvam, Kristin I Sandberg, Inger B Scheel

Resumen Ejecutivo

A pesar de los grandes logros en salud en las últimas décadas, la distribución de los riesgos para la salud en el mundo continúa siendo extremada e inaceptablemente desigual. Aunque el sector salud tiene un rol crucial en el abordaje de las desigualdades en salud, sus esfuerzos a menudo entran en conflicto con poderosos actores a nivel global en búsqueda de otros intereses como la protección de la seguridad nacional, la protección de la soberanía o intereses económicos.

Este es el punto de inicio de *The Lancet* – Comisión de la Universidad de Oslo sobre Gobernanza Global para la Salud. Con la globalización, la inequidad en salud se traduce cada vez más en actividades transnacionales que involucran actores con diferentes intereses y grados de poder: estados, corporaciones transnacionales, sociedad civil y otros. Las decisiones, políticas y acciones de estos actores son continuamente, basadas en normas sociales mundiales. Sus acciones no son diseñadas para perjudicar la salud, pero pueden tener un efecto negativo y crear inequidad en salud. Las normas, políticas y prácticas que derivan de la interacción política mundial en todos los sectores que afectan la salud, son lo que llamamos determinantes políticos de la salud.

La Comisión señala que los determinantes políticos mundiales que afectan desfavorablemente la salud de algunos grupos de personas en relación con otros es injusta, y que al menos algunos daños podrían evitarse mejorando la forma en que trabaja la gobernanza global. Hay una necesidad urgente de entender cómo se puede proteger y promover la salud pública en el ámbito de gobernanza global, pero este tema es complejo y políticamente sensible.

El proceso de gobernanza global involucra la distribución de recursos económicos, intelectuales, normativos y políticos, y para evaluar su efecto en salud requiere un análisis del poder.

Este reporte examina las disparidades y dinámicas en una serie de áreas políticas que afectan la salud y que requieren de una mejor gobernanza global: la crisis económica y las medidas de austeridad, el conocimiento y la propiedad intelectual, los tratados de inversión extranjera, la seguridad alimentaria, actividad corporativa transnacional, la migración ilegal y conflictos de violencia. El análisis de casos muestra que en el actual panorama de gobernanza global, las diferencias de poder entre los actores con conflicto de intereses forman los determinantes políticos de la salud.

Mensajes clave

- Las inaceptables inequidades en salud dentro y entre países no pueden ser abordadas dentro del sector salud por medidas técnicas o en el ámbito nacional por sí solas, sino requieren de soluciones políticas globales.
- Las normas, políticas y prácticas que derivan de la interacción internacional deben ser entendidas como determinantes políticos de la salud que causan y mantienen inequidades en salud.
- Las diferencias de poder y normas sociales globales limitan la acción en inequidad en salud; estas limitaciones se ven reforzadas por disfunciones en el sistema de gobernanza global y requiere vigilancia en todos los ámbitos de la política.
- Debe existir una vigilancia independiente de los progresos al corregir las inequidades en salud y, en la lucha contra las fuerzas políticas mundiales que son perjudiciales para la salud.
- Los actores del sector público y privado deben estar conectados en una política de diálogo transparente, en procesos de toma de decisiones que afecten la salud.
- La gobernanza global para la salud debe basarse en compromisos de solidaridad mundial y de responsabilidad compartida; el desarrollo sostenible y saludable para todos, ello requiere de un sistema económico y político global que sirva a una comunidad mundial de personas saludables en un mundo saludable.

Identificamos cinco fallas en la función del sistema de gobernanza global que permiten que persistan efectos adversos en los determinantes políticos de la salud. En primer lugar, la participación y representación de algunos actores, como la sociedad civil, expertos en salud y grupos marginados, es insuficiente en los procesos de toma de decisiones (déficit democrático). En segundo lugar, medios inadecuados para limitar el poder y una pobre transparencia, hace difícil responsabilizar a los actores de sus acciones (débiles mecanismos de rendición de cuentas). Tercero, normas, reglas y procesos de toma de

decisiones son a menudo insensibles a las necesidades cambiantes y pueden sostener disparidades de poder con efectos adversos en la distribución de salud (rigidez institucional). Cuarto, inadecuados métodos a nivel nacional y mundial para proteger la salud en la elaboración de políticas globales fuera del sector salud, por lo que la salud puede estar subordinada a otros objetivos (inadecuado espacio para políticas de salud). Por último, en una serie de áreas de formulación de políticas, hay una ausencia total o parcial de instituciones internacionales (por ejemplo tratados, financiamientos, cortes o tribunales y formas de regulación débiles como normas y lineamientos) para proteger y promover la salud (ausencia de instituciones o instituciones incipientes).

Reconociendo que los principales impulsores de la mala salud se encuentran más allá del control de los gobiernos nacionales y, en muchos casos, también fuera del sector salud, afirmamos que algunas de las causas fundamentales de la inequidad en salud deben ser abordadas dentro del proceso de gobernanza global. Para el éxito continuo del sistema de salud global, sus iniciativas no deben ser impedidas por decisiones políticas de otros sectores. Más bien, los procesos de gobernanza global fuera del área de salud deben ser hechos para trabajar mejor por la salud.

La Comisión hace un llamado para reforzar las acciones intersectoriales para la salud. Proponemos una plataforma de múltiples actores en la gobernanza para la salud, que serviría como un foro político para proporcionar espacio para diversos actores para enmarcar los temas, establecer agendas, examinar y debatir sobre políticas que tendría un efecto sobre la salud y la equidad en salud, e identificar las barreras y proponer soluciones para concretar políticas.

Además, hacemos un llamado al monitoreo independiente de cómo el proceso de gobernanza global afecta la equidad en salud para institucionalizarlo a través de un Panel de Monitoreo Científico Independiente y establecer evaluaciones de la equidad en salud dentro de las organizaciones internacionales.

La Comisión también solicita medidas para un mejor aprovechamiento de los determinantes políticos globales de la salud. Hacemos un llamado para fortalecer los derechos humanos en salud, como los relatores especiales y hacer más duras las sanciones a través del sistema judicial internacional contra la lista de violaciones por parte de los actores del sector privado.

Reconocemos que la gobernanza global para la salud debe estar arraigada en compromisos como la solidaridad mundial y compartir responsabilidad a través de un enfoque de derechos y nuevos marcos para el financiamiento internacional que van más allá del asistencialismo, como la investigación y protección social. Queremos enviar un fuerte mensaje a la comunidad internacional y a todos los actores que ejercen influencia en el proceso de gobernanza global: No debemos considerar por más tiempo la salud sólo como un tema técnico biomédico, si no reconocer la necesidad de una acción intersectorial global y justicia en nuestros esfuerzos para abordar la inequidad en salud.

La naturaleza política de la salud global

Fuentes mundiales de la inequidad en salud

“Tenemos el desafío de desarrollar un enfoque de salud pública que responda al mundo globalizado. La presente crisis en salud global no es en principio una enfermedad, pero un tema de gobierno...”

Ilona Kickbusch

La comisión de gobernanza global para la salud es motivada por la convicción compartida de que el sistema actual de gobernanza global no protege adecuadamente la salud pública. Esta falla afecta de manera desigual y es especialmente adverso para los más vulnerables, marginados y pobres en el mundo. Las desigualdades tienen múltiples causas, algunas de las cuales tienen su origen en cómo el mundo está organizado (panel 1).

Aunque las poblaciones más pobres en los países más pobres tienen los mayores riesgos para la salud y carga de enfermedades, el hecho que las oportunidades en la vida de estas personas difieran ampliamente de los más ricos, no es simplemente un problema de pobreza, pero sí uno de desigualdad socioeconómica. Las diferencias en salud se manifiestan como gradientes a través de las sociedades, con enfermedades físicas y mentales incrementando en cada peldaño hacia abajo de la escala social, junto con otros resultados relacionados con la salud como la violencia, el uso indebido de drogas, la depresión, la obesidad y el bienestar infantil. ¹¹ Está bien establecido que cuanto más desigual es la sociedad, los resultados son peores para todos, incluidos los que se encuentran en la cima de la escala social. ^{11,12}

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la OMS, reconoció que las desigualdades sociales sesgan la distribución de la salud. Se llegó a la conclusión de que “las normas sociales, políticas y prácticas que toleran o promueven la injusta distribución y acceso al poder, la riqueza y otros recursos sociales necesario” crean desigualdades sistemáticas en las condiciones de vida.¹³ El informe de un innovador análisis mostró cómo las condiciones de vida diaria hacen una mayor diferencia para las oportunidades de las personas. Estas condiciones incluyen una vivienda segura y comunidades cohesivas, acceso a alimentos saludables y atención primaria de la salud, trabajo digno, y condiciones seguras de trabajo. También incluyeron factores subyacentes: el empoderamiento político, la no discriminación e inclusión social y política y la oportunidad de hacer reclamos.

Panel 1: Inequidades en Salud Global

- Alrededor de 842 millones de personas en todo el mundo sufren de hambre crónico,² uno de cada seis niños en los países en desarrollo es desnutrido,^{3,4} y más de un tercio de las muertes en menores de 5 años son atribuidas a la desnutrición. El acceso desigual a alimentos suficientes, seguros y nutritivos, persiste a pesar de que la producción mundial de alimentos es suficiente para cubrir el 120% de la dieta mundial.²
- 1.5 millones de personas se enfrentan a amenazas a su integridad física, siendo su estado de salud quebrantado no sólo por los daños físicos directos, sino también por el estrés psicológico extremo debido al miedo, la pérdida y la desintegración del tejido social en las zonas de inseguridad crónica, ocupación y guerra.⁵
- La esperanza de vida entre los países de más alto rango y de menor rango según el índice de desarrollo humano difiere en 21 años. Incluso en 18 de los 26 países con las mayores reducciones en la mortalidad infantil durante la última década, la diferencia de la mortalidad es cada vez mayor entre los quintiles de niños menos y más desfavorecidos.⁶
- Más del 80% de la población mundial no está cubierta por un seguro social adecuado. Al mismo tiempo, el número de desempleados se ha disparado. En el año 2012, el desempleo a nivel mundial se elevó a 197,3 millones, 28,4 millones más que en el 2007. De las personas que trabajan, el 27% (854 millones de personas) intentan sobrevivir con menos de US\$2 por día. Más del 60 % de los trabajadores en el sudeste asiático y África subsahariana ganan menos de \$2 al día.⁷
- Muchos de los 300 millones de personas indígenas se enfrentan a la discriminación, lo que les impide satisfacer sus necesidades diarias y expresar sus reclamos.⁸ Niñas y las mujeres enfrentan barreras para acceder a la educación y el empleo seguro en comparación con los niños y hombres,⁹ mujeres en todo el mundo todavía se enfrentan a las desigualdades respecto a sus derechos de salud reproductiva y sexual.¹⁰ Estas barreras disminuyen el control sobre su propia vida.

En nuestra opinión, el informe caracteriza correctamente como injustas las vastas brechas en salud entre grupos de personas, etiquetando como inequidades en salud en lugar de desigualdades. Según Margaret Whitehead, la equidad en salud implica que: “Idealmente todos deberían tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial en salud, más pragmáticamente, que nadie debe estar en desventaja de lograr este potencial, si se puede evitar. El objetivo de la política para la equidad y la salud no es eliminar todas las diferencias para que todos se encuentren en el mismo nivel y calidad de salud, sino más bien a reducir o eliminar los resultados de los factores considerados tanto evitables como injustos.”¹⁴

Los estados son responsables de respetar, proteger y hacer realidad el derecho a la salud de su población, pero con la globalización muchos determinantes de la salud se encuentran más allá del control de cualquier gobierno por sí solo y, son ahora, inherentemente globales.¹⁵ Además de la acción local y nacional, la lucha contra la inequidad en salud requiere cada vez más de la mejora de la gobernanza global. Aunque existen factores determinantes de la salud en muchos niveles, desde la variación biológica individual hasta niveles poblacionales, algunos determinantes están vinculados a actividad transnacional y la interacción política global. Estos factores globales han recibido insuficiente atención, quizá porque los vínculos causales son complejos y difíciles de desenredar o porque las implicancias pueden ser controversiales y desagradables para algunos.

Una gran cantidad de evidencia científica muestra la existencia de una gradiente social en relación con las inequidades en salud y la exposición a riesgo en salud.¹¹ Afirmamos que la inequidad en salud requiere de un juicio moral – que debe ser considerado injusto y evitable por medios razonables. Sostenemos que las normas, políticas y prácticas que provienen de la interacción política global (los determinantes políticos globales de la salud) y que desfavorablemente afectan la salud de algunos grupos de personas comparados con otros, son de verdad injustos. Algunos de estos determinantes pueden evitarse mejorando la forma en que trabaja la gobernanza global. Abordar estos determinantes, podría mejorar la equidad en salud. El informe del 2008 de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud llamó la atención sobre las condiciones políticas en las que se basan los acuerdos políticos y sociales. Sin embargo, el análisis estaba enfocado en las fuerzas subyacentes a nivel mundial, los procesos y las instituciones que crean las condiciones que causan inequidad.¹⁶ Como se declaró en el 2011 en un comentario en *The Lancet*: “Un aumento de comprensión de cómo se puede proteger y promover la salud pública en varios procesos de gobernanza global es urgente, pero complejo y económicamente sensible. Los temas involucran la distribución de recursos económicos, intelectuales, normativos y políticos y requiere una franca evaluación de las estructuras del poder.”¹⁷

Nuestra respuesta ante este desafío requiere la exploración de las posibles vías a través de las cuales, las acciones transnacionales y procesos de gobernanza global afectan la

inequidad en salud. Las secciones que siguen sirven como marco conceptual que guía el análisis de una serie de ejemplos. Estos ejemplos han sido seleccionados entre importantes políticas de intervención de diferentes áreas, en las cuales la gobernanza global ha fallado en proteger la salud de las personas contra los “factores considerados tanto evitables como injustos”.¹⁴ Se muestra cómo la asimetría de poder y las normas mundiales limitan el rango de posibilidades de elección y la acción, pero a veces también ofrecen oportunidades. Revisando a través de los casos, también se identifican las disfunciones sistémicas que obstaculizan la formación positiva de determinantes de la salud y el abordaje de los determinantes negativos. Instamos a los actores responsables y líderes de opinión a actuar y ofrecemos una serie de ideas para consideración y desarrollo.

¿Qué se entiende por gobernanza global para la salud?

El concepto de gobernanza global para la salud

Con la globalización, las actividades transnacionales que involucran actores con intereses diferentes y grados de poder, tales como el gobierno, corporaciones transnacionales y la sociedad civil han aumentado. Cuando existen conflictos de intereses o disparidades mayores en el poder, como actividades transnacionales pueden ser inequitativas, tener efectos negativos en la salud, ya sea intencionalmente o no. En estos casos, la lucha contra la inequidad en salud es a la vez un desafío global y político. El cumplimiento de este desafío requiere de acción más allá del sector salud o del estado por sí solo, demanda mejoras globales en la gobernanza en todos los sectores. La definición¹⁸ de Weiss y Thakur de gobernanza global es: “El complejo de instituciones formales e informales, mecanismos, relaciones y procesos entre y a través de los estados, mercados, ciudadanos y organizaciones, tanto intergubernamentales y no gubernamentales, a través de los cuales los intereses colectivos en el plano mundial son articulados; los derechos y obligaciones están establecidos y las diferencias están mediadas.”

Esta comisión se basa en el concepto de gobernanza global para la salud. Consideramos la salud como un desafío político, no sólo como un objetivo o resultado técnico. La gobernanza global para la salud se logra cuando se obtiene un justo y equitativo sistema de gobernanza global, basado en una mejor distribución democrática del poder político y económico, que es social y ambientalmente sostenible.¹⁹ Gobernanza global para la salud es distinto del concepto de Gobernanza de la salud global, que es definido como: “El uso de instituciones formales e informales, reglas y procesos por los estados, instituciones intergubernamentales, y actores del sector privado para hacer frente a los desafíos de la salud, que requieren acción colectiva transfronteriza para abordar efectivamente el problema.”²⁰

Considerando que la gobernanza en salud global se utiliza para referirse a la gobernanza del sistema de salud global, definida como los actores e instituciones con el propósito principal de la salud²¹, gobernanza global para la salud se refiere a todas las áreas de

gobierno que pueden afectar a la salud. Implícitamente queda establecido que el concepto normativo de equidad en salud debe ser un objetivo para todos los sectores. Como tal, la Comisión no se centra en la mejora de la gobernanza de los actores en de la salud global, sino analiza cómo la gobernanza global de procesos fuera del ámbito de la salud pueden trabajar mejor para la salud y para el éxito continuo de los actores en salud global.

Determinantes políticos de la salud

En nuestro análisis, estamos particularmente preocupados por los determinantes políticos globales de la salud. Este concepto es nuevo. Muchos estudios han llamado la atención sobre lo global y la naturaleza política de la salud y la equidad en salud.^{1,22-27} Sin embargo, el concepto no ha sido definido consistentemente. La Comisión se basa en el trabajo existente para definir los determinantes políticos globales de la salud como las normas internacionales, políticas y prácticas que se derivan de la interacción política de diversos sectores que afectan el de salud. Esta definición incluye todas las reglas que guían el comportamiento, desde las normas sociales generales a las políticas específicas (por ejemplo acuerdos comerciales) y prácticas (por ejemplo, las actividades no reguladas de corporaciones transnacionales).

Los determinantes políticos operan de diversas maneras. En primer lugar las normas globales guían la interacción social; dan forma a cómo se ven los problemas o cuestiones sobre gobernanza global, y enmarcan las soluciones que se proponen, a veces excluyendo de la discusión opciones alternativas. Segundo, determinantes políticos como las normas de representación, elecciones, transparencia y las responsabilidades de quienes participan en la toma de decisiones globales y cómo estos procesos están formados por actores con diferentes valores, intereses y poderes. Finalmente, los resultados de los procesos de gobierno, como las políticas y acuerdos, las prácticas a nivel nacional.

El Acuerdo sobre la Agricultura de la Organización Mundial del Comercio de 1994 (OMC) es un ejemplo de una política que no tenía como objetivo hacer daño ni promover la salud. La medida fue subsidiar la agricultura en los países desarrollados, sin embargo, redujo la competitividad de los pequeños agricultores en los países en desarrollo; se podría por tanto argumentar que la política provocó inseguridad alimentaria, malnutrición y los resultados de salud asociados y por lo tanto afectó negativamente a la salud. Como muestra este ejemplo, una política sin ser o relacionarse con la salud puede incluso afectar gravemente la salud.

El Código Mundial de Prácticas sobre el Reclutamiento Internacional de Personal de Salud de la OMS es una política que intenta promover la equidad en salud. Su objetivo es garantizar una distribución más justa de los trabajadores de la salud limitando que los países ricos atraigan al personal de salud lejos de los países en desarrollo, lo cuales tienen más necesidades en salud. En última instancia, este código, si es eficaz, contribuirá a la distribución más justa de los trabajadores de la salud y mejor acceso a los servicios de

salud. Los determinantes políticos de la salud inherentemente no son ni buenos ni malos; más bien los resultados de estos determinantes tienen efectos positivos o negativos sobre la salud de las personas.

El complejo de gobernanza global

Organización política global

El actual sistema de organización política internacional tiene sus raíces luego de la Segunda Guerra Mundial, en la que los vencedores establecieron las Naciones Unidas, las instituciones de Bretton Woods (el Fondo Monetario Internacional [FMI] y el Banco Mundial), y el Acuerdo General sobre Aranceles Aduaneros y Comercios (precursor de la Organización Mundial del Comercio [OMC]), para garantizar el orden de la posguerra y la prosperidad. Cada organización fue construida en base al principio de estados soberanos para hacer frente a cuestiones transnacionales.

El estado-nación ha sido la pieza fundamental en la organización política desde el Tratado de Westfalia en 1648, que estableció un conjunto de Estados Nacionales Soberanos Europeos. Los estados nación han proliferado, sobre todo durante el último medio siglo, en gran parte debido a la descolonización y la división de los estados existentes en las nuevas e independientes entidades políticas.⁵¹ Estados miembros se unieron a la carta de la ONU en 1945, aumentando a 193 en la actualidad. Sin embargo, las funciones de los estados nación han cambiado así como la importancia de organizaciones internacionales y grupos de actores han crecido. Actores del mercado han entrado a participar en el área de gobernanza global, y las fundaciones privadas, organizaciones de la sociedad civil y los individuos han logrado mayor influencia en los procesos de toma de decisiones globales. Los estados han formado agrupaciones para perseguir sus intereses, ya sea por región, como la Unión Africana o la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático; por nivel de desarrollo, tales como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) o Grupo de los 20; o por orientación política, como el Movimiento de los No Alineados o la Organización de Tratado del Atlántico Norte (OTAN). Grupos en nuevas áreas, tales como los siete países que conforman el Grupo Ministerial de Oslo de Salud y Política Exterior, también podrían ayudar a dar forma a la agenda política mundial. Del mismo modo, han sido creadas áreas y organizaciones intergubernamentales para abordar temas específicos, como la OMS, los Estados Programa de las Naciones Unidas, y de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

A pesar de las recientes tendencias hacia una mayor integración económica y política a nivel regional y mundial, el estado soberano es un rasgo permanente de la estructura política global, y sigue siendo la principal autoridad para la negociación de normas globales. Por un lado, la soberanía puede limitar la habilidad de gobernar globalmente, impidiendo la acción colectiva requerida para responder a desafíos transnacionales, que van desde volátiles mercados financieros hasta el cambio climático y desde regulación de

empresas transnacionales hasta la vigilancia de redes de crimen organizado.²⁸ Muchos de los instrumentos utilizados para gobernar a nivel nacional no están disponibles a nivel mundial, tales como las instituciones para la creación, interpretación, y velar por el cumplimiento de las leyes, para gravar impuestos para proveer bienes públicos, para garantizar la seguridad pública, y para la regulación de los mercados.

Por otro lado, la soberanía de un estado puede proteger a su población contra la interferencia externa que no tiene sus raíces en el debido proceso democrático, y tomar medidas cuando procesos de gobernanza global producen resultados dañinos. Por los acuerdos internacionales a menudo restringen a los gobiernos nacionales lo que están permitidos a hacer, y pueden, en algunos casos atar las manos de un gobierno cuando se



trata de la protección o promoción de la salud - a menudo denominado como reducción del espacio de políticas. En principio, un gobierno podría proteger su espacio político al optar por no firmar un tratado que cree que va a ser perjudicial para la salud de su población - como estado soberano no puede ser obligado a hacerlo. Sin embargo, en la práctica, otros intereses pueden estar en juego de tal manera que a la salud y asuntos sociales no se les da la prioridad que merece.

Asimetrías de poder: la causa de la inequidad

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud argumentó convincentemente que las causas fundamentales de la inequidad en salud descansan en la distribución desigual del poder el dinero y las disparidades de poder y recursos.¹³ Las disparidades en el poder y sus dinámicas cubren todos los aspectos de nuestra vida: las relaciones entre hombres y mujeres, o entre personas mayores y jóvenes, así como entre países, empresas y organizaciones. Las asimetrías en el poder continúan, al ser sostenidas por la sociedad contemporánea, políticas y normas nacionales e internacionales, que son mantenidas por los actores con más poder. En principio, los estados son políticamente iguales en el sistema mundial. En la práctica, las disparidades de poder siguen siendo grandes, especialmente entre los países más avanzados y los países en desarrollo. La desigual distribución de la riqueza entre los países refleja su poder económico: países desarrollados representan sólo el 16 % de la población mundial, pero concentra dos tercios del producto bruto interno (PIB). El gasto militar de los EE.UU. supera a la de cualquier otro país, y constituye casi la mitad del total mundial.^{29, 30} Aunque la regla de "un estado, un voto" para la toma de decisiones de muchos Organismos de la ONU refleja el concepto jurídico de que los estados soberanos son iguales en el sistema internacional, la elección de cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad de la ONU y la ponderación de votos por la contribución financiera del FMI y del Banco Mundial refleja mayor influencia de los estados que poseen mayor capacidad militar y económica.

Las asimetrías de poder entre países también se manifiestan en la relación entre los países que envían donaciones como asistencia para países en desarrollo. Los beneficiarios son

dependientes de la voluntad de los donantes, bien sean agencias o gobiernos con diferentes intereses y motivaciones. Los donantes tienen el poder de escoger qué países o actores a apoyar, por qué causas y el tiempo que deseen. Además, en su forma actual, la ayuda internacional es notoriamente impredecible y volátil, y se entrega a través de una multitud de canales, incluyendo la forma bilateral, multilateral, no gubernamentales y las asociaciones público-privadas. En consecuencia, los gobiernos que han recibido ayuda se resisten a usarla para gastos recurrentes, y la fragmentación y los requerimientos de contabilidad e informes concomitantes consumen recursos que no necesariamente contribuyen a la consecución de la ayuda internacional. Aunque la asistencia oficial para el desarrollo es crucial en la lucha contra la pobreza, también es un recordatorio de las grandes disparidades de poder económico entre los países.

Empresas privadas tienen un rol influyente en la actual gobernanza global. Grandes empresas transnacionales ejercen un enorme poder económico, que pueden usar para promover sus intereses en procesos de gobernanza global y mercados mundiales. El capital combinado de las cinco más grandes corporaciones tabacaleras es más de US\$400 billones.³¹ El de las cinco empresas de bebidas más grandes el total es más de \$600 billones, y el de los cinco laboratorios farmacéuticos más grandes es de \$800 billones.³¹ Estas industrias dejan pequeñas a la mayoría de economías nacionales. De 184 economías de las que el Banco Mundial informó los datos del PIB en 2011, 124 tenían un PIB de menor de \$ 100 mil millones. Si bien los gobiernos tienen la autoridad para regular cualquier actor privado que opere en su territorio, en la práctica los estados enfrentan dificultades que manejan corporaciones transnacionales, no sólo a causa de su tremenda potencia económica, sino porque las empresas pueden cambiar su lugares de operaciones con facilidad para evadir las regulaciones – en otras palabras, parecen estar más allá de cualquier control del estado. Aunque empresas transnacionales pueden generar grandes beneficios creando empleo, aumentando los ingresos y conduciendo avances tecnológicos, también puede dañar la salud a través de inadecuadas condiciones laborales, remuneraciones inadecuadas, contaminación ambiental o mediante la producción de bienes que son riesgosos para la salud (por ejemplo tabaco).

Otros actores del sector privado, tales como fundaciones, también ejercen poder económico sustancial. La Fundación Bill & Melinda Gates, se ha convertido en uno de los más influyentes actores en la salud. Sus enormes contribuciones a iniciativas de salud global no sólo han mejorado la salud para muchos, también ha inspirado la contribución de otras entidades. En 2013, la Fundación tuvo un donativo estimado en más de US\$ 36 billones.³² Con su gran poder económico, la fundación cuenta con el poder para establecer las agendas globales y dirigir esfuerzos y la acción a través de sus subvenciones.

Además de poder económico y militar, el poder normativo - la habilidad de perfilar creencias acerca de lo que es ético, apropiado y socialmente aceptable- ha demostrado ser influyente incluso sin grandes recursos materiales. Organizaciones no gubernamentales (ONG), como Oxfam y Médicos sin Fronteras, pueden tener una considerable influencia a través de sus redes en el mundo, acceso a medios y poseen reconocimiento público. Los

medios de comunicación también pueden ejercer poder sobre el público y generar indignación e inspirar la movilización política, y a través de sus publicaciones editoriales pueden conducir los problemas de la agenda mundial.³³⁻³⁵ Agrupaciones científicas o de expertos tales como el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático pueden proporcionar evidencia con autoridad científica que pone presión a los gobiernos para que actúen.³⁶

En principio, las personas como ciudadanos, están representados por su nación estado en los procesos de gobernanza global. Sin embargo, grupos de personas, como los que no tienen patria, algunos pueblos indígenas y otros grupos marginados son muy débilmente representados. Además, los intereses y valores de los pueblos son a veces mal protegidos en virtud de las normas y prácticas vigentes que orientan la gobernanza global -por ejemplo, al permitir al sector público y actores con fines de lucro (tales como compañías multinacionales) para ejercer influencia ilegítima o no democrática en los procesos de la política mundial. No obstante, para representar a las personas sin poder en las decisiones de gobierno se ha distorsionado la historia. La equidad en salud ha sido promovida con éxito por la movilización de la población que participaba en los movimientos sociales y políticos en países de bajos ingresos, como Costa Rica, Cuba, y el Estado indio de Kerala.¹⁶ Estos son ejemplos de cómo la gente usa el poder normativo a nivel nacional; pero también a nivel mundial, los nuevos movimientos sociales surgen continuamente llamando a la acción, desafiando a los procesos no democráticos, o protestando contra las políticas injustas. En el 2011, el movimiento Occupy respondió enérgicamente a una creciente desigualdad, y surgieron manifestaciones en Grecia y España contra las duras medidas de austeridad. Las manifestaciones masivas en los países árabes hicieron que se retiraran gobernantes en Túnez, Egipto, Libia y Yemen. Grupos de la sociedad civil también se han movilizado transnacional y exitosamente implementado el poder normativo para efectuar cambios políticos concretos - por ejemplo, convencer a ejércitos poderosos que renuncien a las armas, así como a las minas terrestres y bombas,³⁷ haciendo que se revise cómo bancos en crecimiento financian grandes represas,³⁸ e incrementando el espacio para la salud pública en el régimen de propiedad intelectual mundial.

Aunque es probable que la asimetría de poder sea una característica permanente de la gobernanza global, las constelaciones de poder pueden cambiar. En los últimos años, las economías emergentes, como la BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) y MIKT (México, Indonesia, Corea del Sur y Turquía), han comenzado a cambiar las dinámicas ya establecidas. Algunas potencias emergentes han tomado más posiciones asertivas en foros internacionales que rigen la salud, el comercio, el clima y la seguridad, o retando las disposiciones de gobernanza tales como la toma de decisiones en el Consejo de Seguridad de la ONU o votando en el FMI. También están emergiendo nuevos modelos de desarrollo económico, político, educacional y de cooperación para el desarrollo entre los países en desarrollo, desafiando la dinámica tradicional de la ayuda para el desarrollo.

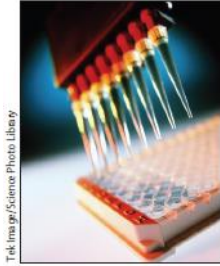
Normas sociales mundiales que afectan la gobernanza global para la salud y la equidad en salud

Desafiando las normas

El contexto en el que toda actividad humana tiene lugar, presenta condiciones que limitan las posibilidades de elección y la acción, pero también a veces proporcionan oportunidades. Algunas de estas condiciones son normas sociales mundiales. Pero las normas globales pueden cambiar, y la gente puede encontrar inaceptable lo que previamente era percibido como una verdad absoluta sobre el mundo. El voto de la mujer y la abolición de la esclavitud muestran cómo nuevas normas pueden lidiar con las existentes y hacen un recordatorio de que la participación en la lucha por la creación de normas es un acto político. Enmarcar un asunto para que se vea de una manera particular es una estrategia central de los empresarios normativos. Según Boas y McNeill, ⁴⁰ esto tiene éxito cuando el empresario llama la atención suficiente sobre un problema y logra ponerlo en agenda política. Finnemore y Sikkink⁴¹ proponen un ciclo de tres etapas para que una idea se convierta en una norma. En la fase de primera fase, los empresarios tratan de llamar la atención sobre una idea y convencer a una masa crítica de líderes normativos, como actores políticos, líderes de opinión y los gobiernos, para abrazar la idea como una norma. Una vez que se alcanza el umbral de un cambio normativo, un punto de inflexión pone en marcha la segunda etapa, una cascada. Durante esta fase, los líderes difunden la nueva norma y persuaden a otros actores a apoyarla. Finalmente, cuando se da por sentada la calidad y peso de la norma, se ha alcanzado la etapa de internalización: la norma está institucionalizada y no tarda en convertirse en un tema de debate público.⁴¹ En su discusión sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio, Fukuda-Parr y Hulme ⁴² sostienen que uno de los principales logros del siglo XX fue la aparición de la norma de que "la deshumanizante extrema pobreza es moralmente inaceptable y debe ser erradicada".⁴² Pero, ¿cómo hacer dichas normas compitan con otras normas globales?

El dominio del mercado

Vivimos en un sistema de mercado global. Este sistema globalizado genera cada vez mayores flujos de mercancías, personas, dinero, información, ideas y valores. Estos flujos han sido facilitados por la privatización, la desregulación y las políticas de liberalismo comercial, lo que limita el papel de los gobiernos en la economía de mercado. Los gobiernos nacionales tienen un papel en el fomento y el control de estos flujos con diversos grados de éxito, debido al poder del sector privado, tales como la industria privada, los bancos y la sociedad civil la sociedad. En las últimas décadas, este sistema ha producido crecimiento sin precedentes que ha incrementado la prosperidad material para centenares de millones de personas y en gran medida mejorado su salud y bienestar. Pero este crecimiento ha sido desigual, tanto entre como dentro de los países.



Como argumentó Sukhamoy Chakravarty ⁴³, "el mercado es un mal amo, pero puede ser un buen servidor". Además de incrementar la prosperidad, el crecimiento económico también puede tener efectos negativos, tanto ambientales como sociales. Dentro de las fronteras nacionales, los gobiernos han diseñado políticas destinadas a mitigar algunos de estos efectos negativos y el mantenimiento de los beneficios positivos. Ellos han reconocido que, como mínimo, un estado es necesario para mantener las condiciones legales y el orden en el que un mercado puede operar y algunos países han optado por dar al estado un rol mucho más importante. Un desafío clave para la gobernanza global es que el mercado mundial ha evolucionado sin los fundamentos institucionales que se han desarrollado en el ámbito estatal para gobernar mejor los mercados en el interés público. ⁴⁴ A nivel nacional, muchos gobiernos han creado instituciones y adoptado políticas destinadas a proteger a sus sociedades de los efectos más nocivos de los mercados liberales. Tales instituciones no existen a nivel mundial: por ejemplo, no existe un piso de protección social global, ⁴⁵ una autoridad de competencia mundial o una autoridad mundial reguladora de drogas y medicamentos; ni existen leyes mundiales de transparencia o tribunales mundiales para hacer cumplir dichas leyes. Con la ausencia de mecanismos institucionales formales que regulen los mercados globales, no nos damos cuenta de las posibilidades de una injusta distribución de los beneficios de la globalización. ⁴⁴

Así, aunque por mucho tiempo la salud, los sistemas sociales y los ecosistemas han sido negociados fuera de los intereses económicos y las fuerzas del mercado, la sostenibilidad de esa disyuntiva es ahora cuestionada.²² Cada vez más el argumento de que el manejo del medio ambiente, social y económico ya no pueden ser llevados por caminos separados ha comenzado a introducirse en debate actual. ⁴⁶

El enfoque biomédico

Los últimos años han sido testigos de un fuerte énfasis en los enfoques biomédicos para abordar los retos en la salud global. El modelo biomédico se orienta hacia el individuo en la enfermedad y la salud. Se centra en las causas biológicas y comportamentales de la enfermedad y la enfermedad en sí. El enfoque es en gran parte de tratamiento –para reparar el cuerpo enfermo- pero incluye medidas preventivas, como programas de inmunización masiva. El atractivo del modelo biomédico de la salud mundial deriva de las oportunidades curativas que han surgido durante el siglo pasado, debido a los importantes avances tecnológicos en medicina para el tratamiento.²² El modelo es también, susceptible a mediciones cuantitativas, tales como la evaluación del retorno de la inversión - por ejemplo, mediante el recuento del número de vidas salvadas por una intervención.

A juzgar por los grandes beneficios para la salud a nivel mundial, ⁴⁷ este modelo ha logrado importantes éxitos en los últimas dos décadas. Por ejemplo, el número total de

muerdes entre los niños menores de 5 años se redujo de 12 millones en 1990 a 6,6 millones en el 2012.⁴⁸ La mortalidad materna se redujo a la mitad de 1990 a una cifra aproximada de 287 000 en 2010.⁴⁹ El tratamiento para el VIH/SIDA en los países en desarrollo ha llegado a más de 9,7 millones de personas en el 2012,⁵⁰ y la tasa de nuevas Infecciones por el VIH ha empezado a caer después de décadas de crecimiento.

Este logro positivo está plausiblemente vinculado a un aumento de la inversión nacional e internacional en salud, incluyendo el crecimiento sin precedentes en la política de atención y los recursos dedicados a la asistencia para la salud. Dicha asistencia creció más rápido que la asistencia oficial para el desarrollo de 1990 al 2010, aumentando en casi cinco veces, de US\$5700 millones a US\$ 28.1 billiones.⁵¹ El apoyo creció por un masivo incremento en inversiones procedentes de fuentes de financiamiento no oficiales, como la Fundación Bill y Melinda Gates.

Pero persisten las inequidades en salud, y en muchos casos en crecimiento.^{52,53} El enfoque biomédico cura la enfermedad, pero que por sí sola no puede abordar las causas fundamentales de la inequidad en salud. Las intervenciones biomédicas deben ir acompañadas de una comprensión más amplia de los motivos que atentan contra la salud establecidas en la economía política global. Las causas profundas de la inequidad en salud no se pueden diagnosticar y remediar con soluciones técnicas, o por el sector de la salud por sí solo, porque las causas de la inequidad en salud están vinculadas a la equidad en la distribución de poder y los recursos, en lugar de la variación biológica. Sin embargo, la mayoría de las inversiones internacionales de salud tienden a centrarse sobre enfermedades específicas o intervenciones. De hecho, el enfoque contemporáneo sobre este tipo de soluciones puede enmarcar la salud global como un problema de gestión, carente de los conflictos de intereses y asimetrías de poder que pueden distorsionar los mecanismos subyacentes que determinan la inequidad salud.⁵⁴ Interpretando social y políticamente las inequidades en salud sólo como problemas tecnocráticos o de gestión médica despolitiza los males sociales y políticos, y prepara el camino para dar soluciones mágicas que a menudo tienen que ver con sólo con los síntomas y no las causas.

Los derechos humanos

Durante más de 60 años, una unificación del marco normativo mundial relevante para la salud se ha encapsulado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.⁵⁵ La Declaración articula no sólo el derecho a la vida y a la salud, sino también los derechos relacionados con los principales determinantes sociales y políticos de la salud, incluido el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a participar en la vida política. Estos derechos se extienden a todos los seres humanos sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad u origen social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Articulando aún más en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁵⁶ y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos,⁵⁷ y sus respectivos protocolos opcionales, estas normas

tienen la condición de leyes internacionales. La obligación de hacer cumplir estos derechos se encuentra principalmente los estados, actuando de forma individual y cooperativamente. Sin embargo la etapa de internalización de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, sigue siendo débil y deplorablemente incompleta. Aunque un sistema internacional es para supervisar el cumplimiento de un tratado, tanto formal (por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos de la ONU y otros mecanismos, como los relatores especiales independientes de la ONU) e informal (por ejemplo, los informes de la sociedad civil y los medios de comunicación), en la práctica es poco lo que otros estados pueden o van a hacer para obligar a un estado no dispuesto a cumplir con sus obligaciones en lo que respecta a derechos humanos. Además, pocos mecanismos se han establecido para monitorizar y proteger los derechos humanos en todos los sectores y áreas. Por ejemplo, los Relatores Especiales de la ONU son encargados de responder a las quejas de derechos humanos, llamar la atención del gobierno sobre estos temas e informar anualmente sobre temas de derechos humanos al Consejo de Derechos Humanos y de la Asamblea General de la ONU. Sin embargo, los Relatores no tienen ningún papel formal dentro o una conexión institucionalizada entre los organismos multilaterales pertinentes para los temas específicos sobre los derechos humanos de los que informan (salud, alimentos, agua, la migración, la libertad de expresión, etc.). Como tales, las estructuras multilaterales actuales no maximizan el potencial de los Relatores para fortalecer el respeto de los derechos humanos más allá de despliegue de fuerza normativa. Esta limitación demuestra la incapacidad del sistema de gobernanza global para facilitar las estructuras que llevan a la protección y promoción de la salud en todos los sectores.

Estos desafíos para garantizar el cumplimiento de las normas internacionales de derechos humanos en todos los sectores y actores han atraído renovada atención a través del desarrollo de la agenda post-2015 de las Naciones Unidas. El Secretario General de la ONU ⁵⁸ ha recordado al mundo acerca de la necesidad de basar una visión del futuro en los derechos humanos, valores y principios universalmente aceptados (como rendición de cuentas y la transparencia) encapsulado en el Carta,⁵⁹ Declaración Universal de Derechos Humanos, ⁵⁵ y la Declaración del Milenio, para lograr un desarrollo sostenible. La visión debe ser acordada en fortalecimiento de las asociaciones para el desarrollo, representado por el sector público y privado.

Retos para el futuro

Las normas sociales globales, los fundamentos económicos y políticos de acuerdos globales y la distribución del poder puede cambiar, y el sistema de gobernanza global en sí, es probable que evolucione. Las nuevas amenazas para la salud surgen con la degradación ambiental, el cambio climático y la urbanización sin precedentes. Como se discutió en anteriores Comisiones de *The Lancet*, ^{61,62} éstas las amenazas van a modificar profundamente el panorama de la salud mundial. Las condiciones de vida cotidiana de la gente va a cambiar y surgirán nuevos patrones de morbilidad y mortalidad. Se está desarrollando nueva tecnología a un ritmo asombroso, especialmente dentro de las

comunicaciones electrónicas y esta podría ofrecer nuevas oportunidades para combatir la inequidad en salud. Estos desarrollos son importantes, pero no están dentro del alcance de este informe.

El objetivo de la Comisión

El objetivo de esta Comisión es llamar la atención sobre los determinantes políticos globales de la salud. Sostenemos que es responsabilidad de los estados-nación respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud de sus poblaciones. Sin embargo, cuando la salud se ve comprometida por las fuerzas transnacionales, la respuesta debe estar en el ámbito de la gobernanza global.

Las tremendas inequidades en salud que existen son moralmente inaceptables y “no en el sentido de un fenómeno “natural”, pero los resultados de una dañina combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos y tratados económico injustos, y una mala gestión política”.¹³ la naturaleza global y política de la salud ha sido reconocida por muchos, desde Rudolf Virchow en el siglo XIX, a través de los muchas personas detrás de la Declaración de Alma –Ata en 1978,⁶³ hasta la Comisión sobre Determinantes Sociales de la salud.¹³ En particular, los Ministros de Relaciones Exteriores de siete países (Brasil, Francia, Indonesia, Noruega, Senegal, Sudáfrica, y Tailandia) desarrollaron conjuntamente y presentaron en el 2007 la Declaración Ministerial sobre Salud Global en Oslo, ⁶⁴ donde se declaró que es necesario dar una mayor prioridad a la salud, en el trabajo de los gobiernos sobre asuntos políticos mundiales como el comercio, derechos de propiedad intelectual, conflictos y la crisis de gestión, las estrategias de desarrollo y políticas extranjeras.

El descontento entre el público crece, pues lo que perciben es un sistema económico mundial injusto que favorece una pequeña elite que goza de bienestar^{1,65} al precio de la degradación ambiental y social que afectan negativamente la equidad en salud. Los actuales debates sobre el desarrollo sostenible a partir de 2015 han reconocido la salud como un beneficiario, colaborador e indicador “centrado en las personas, basado en los derechos, inclusivo y de desarrollo equitativo”.⁶⁶ Entre septiembre del 2012 y marzo del 2013, la Consulta Temática Global sobre Salud en la Agenda Post -2015 ⁶⁶ generó una notable convergencia respecto a centrar la gobernanza en medio de la nueva agenda universal para el desarrollo sostenible, poniendo los derechos humanos -universales e indivisibles-, como la referencia para conducir la coherencia política y la responsabilidad compartida. El documento final del 2012 de la Conferencia sobre Desarrollo Sostenible ⁶⁷ de la ONU, expresó la salud como una condición previa para, y un resultado e indicador de, las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, ambiental y económico.

Percibimos este surgimiento de esfuerzos colectivos como expresión de una visión compartida, una emergente norma social global: que el sistema económico mundial debe servir a una población mundial de personas sanas en sociedades sostenibles, dentro de los límites de la naturaleza. La principal la ambición de esta Comisión es sumar nuestra voz y

sumar esfuerzos para impulsar esta norma a su punto de inflexión, instando a los líderes políticos de todos los sectores, así como a las organizaciones internacionales y la sociedad civil, para reconocer cómo los determinantes políticos globales afectan las inequidades en salud, y para poner en marcha un debate público mundial acerca de cómo se puede abordar.

Determinantes políticos en campo

Ejemplos de siete políticas de intervención

Un mundo globalizado depende cada vez más normas, reglas y reglamentos que regulen la interacción transnacional en campos tan diversos como el comercio y la inversión, regulación económica y financiera, el medio ambiente, el trabajo, la propiedad intelectual, la seguridad internacional y los derechos humanos. El reto de este cambio de la autoridad regulatoria y actividad de gobiernos locales a los organismos mundiales es crear un sistema de gobierno que promueva, apoye y sostenga el desarrollo humano-especialmente para las personas más pobres y marginadas.

En esta sección, se presentan ejemplos de siete políticas de intervención en el que el actual sistema de gobernanza global ha fracasado en promover o proteger la salud o en el abordaje de las inequidades de salud - las crisis financieras y medidas de austeridad, la propiedad intelectual, los tratados de inversión, la comida, la actividad empresarial, la migración y violencia armada. El análisis de casos muestra que la forma en que los determinantes políticos globales de la salud operan es decisiva para la distribución actual de la salud. Mostramos cómo, en el panorama actual de gobernanza global, las asimetrías de poder entre actores con conflictos de intereses conducen las normas, reglamentos o prácticas (políticas determinantes de la salud) que causan las inequidades en salud y cómo disfunciones del sistema de gobernanza global permiten que esto suceda.

La Comisión, a través de un proceso de información deliberada, seleccionó los casos que son ejemplos claros en los que las políticas globales de intervenciones podrían reducir la inequidad en salud. Estos casos deben ser vistos como ejemplos ilustrativos en lugar de constituir una amplia visión general de todos los ámbitos políticos en los que la gobernanza global afecta la salud y la equidad en salud.

La crisis financiera, las medidas de austeridad y la salud

La crisis financiera y la salud en Grecia

La naturaleza interconectada de mercados financieros mundiales significó que un problema que se inició en el mercado de la vivienda de EE.UU. en 2007-08 podría escalar rápidamente en una crisis financiera global. Mientras el pánico se extendió por los mercados financieros, entre los inversores surgieron temores sobre de la Gran deuda del



Gobierno griego que llevó a una devaluación de los bonos griegos, lo que impulsó el endeudamiento del país a niveles que amenazaban la solvencia del gobierno.⁶⁸ Como miembro de la zona euro, Grecia no pudo devaluar su moneda, lo que podría haber contribuido a el pago de la deuda y las exportaciones impulsadas y la recuperación económica a largo plazo.

Frente a una crisis financiera nacional que creó la incertidumbre sobre la capacidad del país para pagar sus deudas, Grecia aceptó los paquetes de rescate del FMI, Banco Central Europeo y la Comisión Europea, incluyendo las medidas de austeridad que han tenido desastrosos efectos en la salud y el bienestar de los ciudadanos griegos. Los principales recortes en el gasto público en el ámbito social (salud, asistencia social y educación) causaron que cientos de miles de trabajadores del sector público perdieran sus puestos de trabajo o vean sus salarios congelados o reducidos.⁶⁹ Puesto que los jóvenes fueron particularmente afectados, se le ha llamado la crisis de la generación 2012, el desempleo de las personas de 15-24 años fue del 55,2 % en Grecia en comparación con un promedio de la OCDE de 16.2%.⁷⁰ El país reportó un aumento en el número de personas sin hogar, incremento de los índices de delincuencia, una creciente inseguridad alimentaria y mayor desintegración familiar.^{69,71} Por último, pero no menos importante, el sector de la salud está cediendo ante la medidas de austeridad, con su presupuesto reducido en un 40%, lo que resulta, entre otras consecuencias, en la reducción del acceso a los medicamentos y cuidados de la salud.⁶⁸

Consecuencias en salud de las políticas de austeridad

El caso griego no es un caso aislado. Irlanda, Portugal, España, y más recientemente de Chipre están todos sufriendo la crisis económica y han solicitado -y recibido- ayuda financiera externa, con condiciones que afectan el gasto social. Estos casos muestran cómo la integración de los mercados financieros mundiales se ha traducido en fuertes presiones sobre los gobiernos para responder a las demandas de los mercados financieros, a veces a expensas de sus poblaciones.

Con el advenimiento de la crisis financiera mundial, varios analistas advirtieron contra los efectos adversos de la crisis sobre los determinantes sociales de la salud.^{72 -74} Porque los shocks económicos son seguidos generalmente por la disminución de la actividad económica, los ingresos fiscales de inmersión. La actual respuesta es recortando el gasto público para reducir déficits presupuestarios.⁷⁵ Pero esta estrategia no tiene en cuenta las consecuencias adversas sobre la salud. En respuesta a la crisis financiera mundial, la

presión que causa la austeridad llevó a muchos países a reducir sus sistemas de protección social, minando la salud de la población.^{68, 76, 77} Las condiciones adjuntas a los paquetes de rescate del FMI, Banco Central Europeo y la Comisión Europea (por ejemplo, los recibidos por parte de Grecia, Irlanda y Portugal) incluyen la reducción del gasto en los sectores sociales, afectando negativamente la salud y bienestar de la población.^{68, 69}

Acontecimientos actuales en muchos países europeos reflejan lo que ha estado ocurriendo en gran parte del mundo en desarrollo desde principios de 1980: instituciones financieras internacionales han condicionado préstamos sobre ajustes en la estructura de los programas que incluyen no sólo el recorte del presupuesto para reducir el déficit fiscal, sino también una gama más amplia de medidas para equilibrar déficits fiscales y comerciales, desregularizar la economía y privatizar empresas del estado.⁷¹ Estos programas involucran la aplicación de fundamentos primarios del neoliberalismo, incluida la promoción de libres mercados, la privatización de los activos y los programas públicos (incluida la atención de salud), el llamado gobierno pequeño y desregularización económica.⁷¹ Muchas investigaciones han demostrado que los efectos de estos programas han sido desastrosos para la salud pública.^{78, 79} Por ejemplo, los estudios han demostrado que los programas de ajuste estructural desmejoraron la salud de las personas pobres en el África subsahariana a través de consecuencias en el empleo, los ingresos, los precios, los gastos públicos, los impuestos, y el acceso al crédito, que a su vez son traducidos en resultados negativos para la salud a través de efectos en la seguridad alimentaria, la nutrición, la vida y condiciones laborales, el acceso a los servicios de salud, educación, etc.^{79, 80} Este patrón también se observa en otros países bajo condiciones de préstamos que implican ajuste estructural de los programas.⁷⁸

Determinantes políticos de la salud y la responsabilidad

Las principales causas de la crisis griega son complejas y todavía se encuentran en debate. Sin embargo, claramente los eventos precipitantes que llevaron hasta la crisis financiera nacional y sus consecuencias, tenían elementos transnacionales importantes más allá del control del estado griego. El gobierno griego, bajo la presión de los líderes de la Unión Europea e inversionistas extranjeros, tenían poca fuerza en la negociación con el FMI, el Banco Central Europeo y la Comisión Europea. El paquete de rescate fue presentado a los ciudadanos griegos como la única alternativa ante el colapso total y pesar de una serie de grandes huelgas y manifestaciones contra la aceptación de los paquetes de austeridad, se aprobaron sin ningún referéndum después de que el Primer Ministro había sido obligado a renunciar.⁶⁸

Dos preguntas centrales son: ¿eran las políticas de austeridad el único camino viable para la recuperación económica? ¿Y fueron los efectos adversos para la salud evitables por medios razonables? La evidencia de anteriores crisis financieras y económicas muestra que cuando las políticas fiscal que protegen la salud y social bienestar se implementan, las economías pueden recuperarse sin resultados adversos para la salud.^{68, 81- 84} John Maynard

Keynes señaló que los gobiernos deberían, en lugar de cortar el gasto, estimular la economía en tiempos de crisis a través de un incremento del gasto, aceptando un aumento temporal de la deuda pública que se contrarrestada por un superávit cuando la economía se vuelva fuerte.^{73, 85}

Islandia nos ofrece un ejemplo que explica cómo las inversiones sectores sociales, en lugar de cortes, son un camino viable para la recuperación. Aunque los bancos islandeses se enfrentaban a pérdidas masivas después de la caída del mercado inmobiliario en EE.UU., los ciudadanos decidieron no apoyar mediante referéndum con un 93% de votos en contra, un préstamo del gobierno a los bancos.⁶⁹ El gobierno por lo tanto optó por no cubrir pérdidas privadas con fondos públicos, y no lo tuvieron que buscar rescates de instituciones financieras internacionales o adoptar las consecuentes políticas de austeridad.⁶⁸ Contra el consejo de los prestamistas internacionales, el gobierno -entre otras medidas - depreció su moneda, alzó algunos aranceles, invirtió en la protección social y el empleo, y retuvo los altos impuestos en alcohol. Como resultado, la crisis financiera ha tenido pocos efectos secundarios en la salud de la nación, ⁶⁹ y el crecimiento económico ha sido robusto en los años siguientes, ⁸⁶ con el desempleo constantemente cayendo, se proyecta a ser menos del 5% para el 2013.⁸⁷ El FMI ha reconocido que las inversiones en programas de protección social de Islandia han sido cruciales para la recuperación económica del país y el bienestar de la población.⁶⁸

A pesar de tal evidencia, líderes políticos internacionales y figuras financieras todavía están promoviendo la austeridad como la ruta para recuperarse.⁸⁸ De esta posición surgen preguntas acerca de cuánto peso se le da a la salud y el bienestar en la elaboración de la política económica y cómo se pesan los intereses de los prestamistas contra prestatarios en las crisis económicas. También plantea preguntas sobre si están disponibles los mecanismos adecuados para la rendición de cuentas por parte de los responsables de los efectos sobre la salud de las políticas que elaboran. Los líderes europeos, a los que se han hecho préstamos con medidas de austeridad, han aumentado las preocupaciones sobre la ausencia de rendición de cuentas del Banco Central Europeo.⁸⁹

Reacciones que surgen: la protección social y los caminos alternativos para la recuperación

Debido a que los efectos perjudiciales de la crisis se están volviendo más claros, las nuevas agendas están comenzando lentamente a surgir a nivel global. El aumento del desempleo - se espera que sea 6% en el 2013, desde un 5.4% en el 2007 ⁹⁰- ha suscitado discusiones en organizaciones internacionales sobre la necesidad de una mayor la protección social y los nuevos sistemas tributarios.⁸⁵ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud identificó la protección social como uno de los más poderosos instrumentos para hacer frente a la inequidad en salud a nivel nacional.⁸⁵ De hecho, la importancia fundamental de la protección social, es reconocida por su inclusión en la Declaración Universal de los Derechos Humanos como un derecho humano básico dotado a todos los individuos.⁹¹ Sin

embargo, en la actualidad, la mayoría de los pobres del mundo viven, crecen y funcionan sin seguridad social. Olivier de Schutter, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, ha sugerido tres razones importantes por las que la protección social integral a los sistemas no son accesibles: los ingresos tributarios en países pobres son inadecuados como base financiera para los gastos involucrados; modelos de desarrollo contemporáneos (como los programas de ajuste estructural), apoyado por las principales instituciones internacionales incluyen recortes en el gasto público y una reducción del estado; y la población es susceptible, como el estado, a los mismos riesgos de shocks imprevistos, de manera que los aumentos repentinos de la demanda de protección social coincide en el tiempo con reducciones en las exportaciones del estado e ingresos fiscales.⁹¹

Panel 2: El piso de protección social

Apoyado por la Junta de Jefes Ejecutivos de las Naciones Unidas y por los jefes de estado y de gobierno en la Declaración de la Cumbre de Desarrollo del Milenio, el piso de protección social se define como "un conjunto integrado de políticas sociales destinadas a garantizar la seguridad de los ingresos y el acceso a los servicios sociales para todos, prestando especial atención a los grupos vulnerables, protegiendo y empoderando a las personas en todo el ciclo de vida"⁴⁵ Incluye garantías de:

- Seguridad de ingreso básico, en forma de diversas transferencias (en efectivo o en especie), como las pensiones para los ancianos y las personas con discapacidad, beneficios para los niños, bonos de apoyo, garantías de empleo y servicios a las personas desempleadas y pobres.
- El acceso universal a los servicios sociales básicos y asequibles en áreas de salud, agua y saneamiento, educación, alimentación, seguridad, vivienda y otras definidas por las prioridades nacionales.

El piso de protección social es un concepto global. Debe ser responsabilidad de cada país diseñar e implementar esquemas de protección social adaptados a las circunstancias nacionales.⁴⁵

Se están llevando a cabo debates en la OIT, la OMS y el Banco Mundial acerca de la necesidad de adoptar el concepto de un piso de protección social (panel 2). La Conferencia de la OIT en el 2011, por ejemplo, discute una posible recomendación internacional no vinculante del piso de protección social para complementar estándares de seguridad social.⁴⁵ Argumentos a favor de un suelo global de protección social en el forma de subsidios cruzados entre países, o las transferencias de ricos a los países más pobres, también se han presentado por varios estudios.⁹²⁻⁹⁴ Se podría decir que estos sistemas

podrían apoyar los mecanismos nacionales de protección social en los países pobres, y ayudar a amortiguar los efectos de las crisis económicas.

La protección social también se ha convertido en un fuerte tema en los procesos internacionales de consulta para la agenda de desarrollo post 2015 y debates sobre el desarrollo sostenible que se han sucedido en el año 2012 durante la Conferencia de la ONU sobre el Desarrollo Sostenible en Río de Janeiro. Promover la protección social a nivel mundial requerirá la alineación de intereses para el apoyo a la protección social como una responsabilidad compartida y como una renovación de la solidaridad mundial. También están surgiendo ideas similares para el cuidado de la salud. En un informe provisional preparado por la Asamblea General de la ONU,⁹⁵ el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud, Anand Grover, presenta el marco para un enfoque para el financiamiento en salud basada en el derecho a la salud. En el informe se señala que las obligaciones respecto al derecho a la salud requieren que los estados cooperen a nivel internacional para garantizar la disponibilidad de financiamiento internacional sostenible para la salud. El relator recomendó que se deben tomar medidas para combinar el financiamiento internacional para la salud, en forma de fondos coordinados únicos o múltiples, con tratados basados en contribuciones obligatorias de los estados.

Organizaciones de la sociedad civil, movimientos en Europa y en otros lugares también han comenzado a hablar en contra de las consecuencias adversas de las políticas de austeridad en equidad en salud.^{71, 96} En línea con su creciente influencia en la gobernanza global financiera, algunos países en desarrollo están empezando a organizarse dentro del Banco Mundial y el FMI para alejarse de las políticas que recompensan la desregulación. Varios gobiernos latinoamericanos también han desafiado creencias neoliberales al convertirse en financieros por derecho propio; el Fondo Latinoamericano de Reservas ofrece apoyo a la balanza de pagos sin necesidad de condicionar el ajuste estructural de los programas.⁹⁷ Recientemente, el FMI ha reconocido algunas de las limitaciones de las políticas de austeridad en términos de su efectos adversos sobre la recuperación económica, la salud y bienestar.^{68, 98, 99}

Gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

Con la forma actual de globalización económica, los flujos financieros transfronterizos se han liberalizado, lo que ha tenido graves consecuencias para la salud y la equidad en salud.¹⁰⁰ Los mercados están cada vez más integrados a nivel global y están desapareciendo instituciones para gobernar los mercados volátiles. El capital ha sido liberado del control del estado y del se ha reducido el espacio político de los gobiernos para controlar la influjos de capital y flujos de salida. Este desarrollo, a su vez, tiene restringida la capacidad de los gobiernos para proteger la salud de sus poblaciones. Como se muestra, los intereses de los gobiernos por la retención de la confianza de los mercados financieros mundiales han entrado en conflicto con la protección de la salud y el bienestar.

Las políticas de austeridad que eran las condiciones para rescates de instituciones financieras internacionales en varios países europeos, son ejemplos de cómo los determinantes políticos de la salud puede derivarse de los procesos de gobernanza global. Los responsables de las políticas internacionales de gran alcance no son responsables de rendir cuentas de las consecuencias de sus decisiones, y no se proporciona un adecuado espacio político para asegurar que asuntos de salud sean considerados en el diseño de paquetes de rescate financiero.⁷⁹

Conocimiento, salud y propiedad intelectual

Los altos costos de nuevos medicamentos

En marzo del 2013, el Órgano de Junta de la Propiedad Intelectual de la India confirmó primera licencia obligatoria de drogas del país, sorafenib, utilizado en el tratamiento del cáncer de hígado y el riñón, que había sido concedida un año antes. Sorafenib es patentado por la firma farmacéutica alemana Bayer, que un tratamiento mensual había costado en alrededor de US\$5.000 en La India. Los gobiernos pueden emitir licencias obligatorias para autorizar el uso de versiones genéricas de menor costo que drogas patentadas, una salvaguarda que puede proteger al público contra posibles abusos de los monopolios otorgados a través del sistema de patentes. Incluso los países que tradicionalmente apoyan los derechos de propiedad intelectual, a veces utilizan la alternativa de una licencia obligatoria, como EE.UU. hizo en 2001 para las drogas contra el ántrax. La licencia obligatoria de la India autorizó a la firma Natco para producir una versión genérica del medicamento y le tocó pagar a Bayer una regalía de 6-7 % del precio del genérico. La versión de la droga de Natco cuesta alrededor de \$160 para un mes de tratamiento , más o menos 3 % del precio de Bayer.¹⁰¹

El caso del sorafenib no es sólo una historia de un fármaco y una ley de patentes de un país, sino también un punto álgido en una larga contienda política mundial sobre cómo ciertos tipos de conocimientos relacionados con la salud se producen y a quién beneficia. Porque el conocimiento ha tenido un papel tan central en la mejora de la salud durante el siglo pasado, reglas mundiales relacionadas con el conocimiento pueden profundamente afectar la salud. La comunidad mundial de científicos y grupos académicos producen un enorme volumen de investigación sobre las políticas de salud, sistemas y prácticas, así como la investigación biomédica puede ser canalizada hacia el desarrollo de tecnologías para combatir las enfermedades y otras causas de una mala salud. Se estimó en US\$ 240 millones de dólares en 2010 el total de la inversión pública privada a nivel mundial para la investigación en salud, incluyendo la investigación de sistemas de salud, tecnologías y desarrollo de la salud.¹⁰² Sin embargo, aunque en principio el conocimiento puede ponerse a disposición de todos como un bien público global, en la práctica, sus beneficios a menudo se limitan a través de secreto o derechos de propiedad intelectual.

Efecto de las normas globalizadas de la propiedad intelectual sobre la equidad en salud

Uno de los principales conjuntos de normas globales que rigen la producción de conocimiento relacionada con salud y el acceso es la OMC Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Un objetivo central de la política de protección de la propiedad intelectual es incentivar la creación y divulgación de la información y el conocimiento. Los derechos de autor, que generalmente duran 50 años después de la muerte del autor, tienen por objetivo garantizar a los autores (o sus propiedades) los beneficios de su trabajo. Patentes, que duran generalmente 20 años desde la fecha de aplicación, se espera que provean a los inventores un tiempo limitado monopolio durante el cual pueden recuperar la inversión de su investigación y por lo tanto proporcionar un incentivo para la inversión privada en investigación.

ADPIC exige que los países garantizar un enfoque armonizado con nivel mínimo de protección de la propiedad intelectual, con base en los estándares de los países industrializados, entre ellos: patentes mínimas de 20 años en todas las áreas de la tecnología, incluidos los medicamentos; restricciones en el espacio político a los estados para excluir algunas tecnologías específicas de las patentes; y los límites en materia de garantías de interés público admisibles en las leyes de patentes, como las licencias obligatorias.

Antes de los ADPIC, muchos países-entre ellos los de Europa occidental-han hecho excepciones especiales para los alimentos, medicamentos, tecnologías agrícolas y educación, en sus patentes y derechos de autor las leyes nacionales. Pero la introducción de las patentes sobre medicamentos, en muchos países por primera vez, permitió la fijación de precios de monopolio para estos productos, aumentando las preocupaciones acerca de la accesibilidad, en particular para las poblaciones pobres. Aunque el derecho a la salud incluye el acceso a los medicamentos básicos,¹⁰³ las consecuencias negativas de los monopolios de patentes sobre los precios y la disponibilidad de las drogas, ha hecho difícil cumplir para muchos países con sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud.¹⁰⁴ Además, las patentes por sí solas no conducen suficiente inversión para hacer frente a las enfermedades que predominantemente afectan a los pobres, porque no representan un mercado rentable; como resultado algunas enfermedades o más bien algunas poblaciones son descuidadas.¹⁰⁵ Este problema fue caracterizado por el Foro Mundial para la Investigación de la Salud en la década de 1990 como la brecha 10/90,¹⁰⁶ sobre la base de estimaciones se encontró que sólo el 10 % del financiamiento de la investigación se dedicó a estudiar las mayores necesidades de salud del 90 % de la población mundial.

Los derechos de autor también pueden elevar los costos de acceso a las publicaciones científicas. En todo el mundo los costos de las revistas científicas y monografías aumentó entre 1986 y 2001, pagando 210% más por 5% menos publicaciones.¹⁰⁷ En 2012, incluso una de las instituciones académicas más ricas del mundo, la Universidad de Harvard (Cambridge, MA, EE.UU.), anunció que ya no podía darse el lujo de mantenerse al día con los crecientes costos de las suscripciones de revistas académicas, llamando a la situación

"fiscalmente insostenible y académicamente restrictiva".¹⁰⁸ Las restricciones de acceso al conocimiento puede aumentar las disparidades de conocimientos existentes y restringir el acceso a la información que es fundamental para la mejora de la salud.

Determinantes políticos de la salud y el poder de mercado

ADPIC demuestra claramente cómo el poder económico puede dar forma a la gobernanza global, con consecuencias de largo alcance para la salud. La negociación sobre los ADPIC en los años 1980 y 1990 fue impulsado por los grupos de presión de un puñado de industrias de propiedad intelectual intensiva en los EE.UU., Europa y Japón (principalmente en el sector farmacéutico, la tecnología de la información y el entretenimiento). Estas discusiones persuadieron a los gobiernos para la inclusión de un tratado multilateral vinculante sobre la propiedad intelectual en la Ronda de Uruguay de negociaciones comerciales globales. Países en desarrollo se opusieron a la inclusión de la propiedad intelectual en el paquete de los acuerdos comerciales, porque los dueños de la propiedad intelectual eran predominantemente de los países ricos. La globalización de las normas sobre patentes daría lugar a una transferencia neta de recursos de los países pobres a los países ricos en forma de regalías, al mismo tiempo que se restringe el acceso a los conocimientos y tecnologías que podrían mejorar la salud y estimular el desarrollo económico. Sin embargo, una combinación de "zanahorias" (concesiones sobre la agricultura y los textiles) y "palos" (presión del comercio bilateral de los EE.UU.) llevaron al tratado que se firmó en 1994.¹⁰⁹



Aunque las preocupaciones sobre los efectos en la salud de los ADPIC han sido ampliamente expresada por la sociedad civil y muchos los países en desarrollo,¹¹⁰ el acuerdo se ha convertido cada vez más importante con el continuo crecimiento de la economía del conocimiento. ADPIC es casi imposible de modificar porque las reglas de la OMC obligan a todos los miembros se pongan de acuerdo sobre cualquier cambio, un resultado poco probable ya que los países industrializados más avanzados se benefician generosamente a partir de estas reglas. Por lo tanto, los ADPIC muestran cómo grandes disparidades de poder dan forma a las reglas iniciales del juego y continúan perpetuando tal disparidad.

El surgimiento de normas de acceso

Organizaciones de la sociedad civil y los gobiernos se movilizaron en respuesta a las preocupaciones sobre los ADPIC y la salud pública. La última década ha sido testigo de un

cambio normativo generalizado en los enfoques de las patentes sobre medicamentos, en gran parte impulsado por respuestas a la pandemia del VIH , en particular las patentes de drogas antiretrovirales.³⁹ Como resultado , más de 90% de medicamentos para VIH (por volumen) que ahora se utilizan en países de bajos ingresos e ingresos medios son genéricos.¹¹¹ El primer cambio normativo se puso de manifiesto en la Declaración de Doha de la OMC en 2001, sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que todos los gobiernos miembros de la OMC los acordaron que los ADPIC "no puede y debe no impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública."¹¹²

Los gobiernos han comenzado a utilizar, de manera más agresiva, una variedad de enfoques políticos para contrarrestar los altos precios de medicamentos, incluidas las flexibilidades de la ADPIC como la obligatoria concesión de licencias. Nuevos enfoques de colaboración también han sido puestos en marcha, como el *Medicines Patent Pool*, que negocia licencias voluntarias orientadas a la salud pública con patentes para autorizar la producción competitiva de medicamentos genéricos relacionados con el VIH para su uso en países en desarrollo.

Esta norma de acceso se ha extendido a otras enfermedades, tales como la tuberculosis, la malaria y la enfermedades tropicales desatendidas, como se muestra por iniciativas de los grandes donantes (tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y UNITAID), programas de donación de empresas farmacéuticas y descuentos en los precios para países de bajos ingresos y una comunidad de vigilancia bien desarrollada de las organizaciones de la sociedad civil, académicos analistas. La investigación de las enfermedades olvidadas también ha aumentado considerablemente en la última década, pasando de casi ningún proyecto en el 2000 a más de dos docenas de asociaciones público-privadas y el desarrollo de productos y aproximadamente US\$3 millones de dólares en inversión para el 2011.¹¹³

Finalmente, los últimos años han visto un creciente apoyo al libre acceso a publicaciones científicas, mientras nuevos modelos editoriales han surgido. Revistas de acceso abierto, puesto en marcha en la década de 1990, publicaciones académicas revisadas por pares que trabajan online. Cerca de 5000 revistas de este tipo son publicadas en la actualidad, incluyendo revistas administradas por profesionales como las administradas por la Biblioteca Pública de Ciencia y BioMed Central. Apoyo creciente por a las publicaciones con acceso abierto se vio reforzada en el 2007 por una innovadora la ley en los EE.UU. que requiere becarios de los Institutos Nacionales de Salud, la mayor fuente de financiamiento de la investigación biomédica, ¹¹⁴ para hacer artículos que resultan de la investigación que los Institutos han financiado, disponibles con acceso abierto dentro de los 12 meses de publicación.¹¹⁵ Los beneficiarios pueden hacerlo mediante la publicación en una revista de acceso abierto o en la web con acceso libre. En 2012, el principal financiador de investigación del Gobierno del Reino Unido ha adoptado una política similar para la investigación financiada con fondos públicos, la señalización creciente impulsó el acceso abierto a publicaciones de investigación.¹¹⁶ La publicación de acceso abierto ha

demostrado ser un modelo viable no sólo para revistas, sino también para capítulos, tesis académicas y libros enteros.

A pesar de algunos logros positivos, los altos precios de los nuevos medicamentos siguen siendo la norma (en especial en los mercados emergentes), el uso de las flexibilidades de las ADPIC sigue siendo excepcional,¹¹⁷ y el espacio político para garantizar el acceso a los conocimientos relacionados con la salud y para proteger la salud dentro del comercio y los regímenes de propiedad intelectual, está amenazado. A pesar de la Declaración de Doha, muchos países en desarrollo han sido objeto de presiones de países exportadores de propiedad intelectual por promulgar o aplicar de forma más difícil o con más condiciones restrictivas en sus leyes de patentes de las que son requeridas (las llamadas disposiciones ADPIC - plus) en las negociaciones comerciales regionales o bilateral. Aunque se tocan asuntos de interés público, las negociaciones comerciales son casi siempre a puerta cerrada, y casi no hay oportunidad para la revisión pública de los proyectos de acuerdo. En principio, los estados soberanos podría rechazar las disposiciones de la ADPIC en las negociaciones comerciales, pero en la práctica se puede optar por comprometerse en cuestiones de salud pública para asegurar sus objetivos, como la mejora del acceso a la exportación de mercados. Además, a pesar que se ha incrementado sustancialmente la inversión en investigación sobre las enfermedades desatendidas, el actual sistema mundial de investigación sigue estando fragmentada, ineficiente, costosa y mal financiada.¹¹⁸

Gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

Una grave disparidad en el poder económico y el acceso a la experiencia entre las industrias y países de altos ingresos que se benefician de la construcción de un régimen de propiedad intelectual rigurosa, y los países de bajos ingresos pagarían las rentas más altas, con un acceso al conocimiento restringido. Tales disparidades de poder se ven reforzadas por las normas institucionales de la OMC, que crean una barrera casi infranqueable para la modificación de los ADPIC. El margen de actuación político para hacer frente a la inequidad en salud en la construcción de la política comercial es estrecho, y la falta de transparencia y participación del público en la negociación de acuerdos comerciales que involucran disposiciones sobre la propiedad intelectual representan un grave déficit democrático. Por último, hay una escasez de instituciones adecuadas para asegurar que las actividades de investigación suficiente se dirigen a las mayores necesidades en salud.

Los tratados en Inversión y la equidad en salud.

Regulaciones de las inversiones transfronterizas

Las inversiones transfronterizas tienen un papel importante en la economía global. Por ejemplo, el capital extranjero estimado de corporaciones transnacionales (los activos totales de filiales extranjeras) representaron aproximadamente el 10% del PIB mundial en

2007. La inversión directa extranjera mundial se estimó en US\$ 1300 mil millones en 2012; un gradual aumento se ha destinado a los países en desarrollo, que ahora reciben más de la mitad de la total.¹¹⁹ El sistema mundial que rige la inversión extranjera directa incluye unos 3.100 acuerdos bilaterales de inversión, incluyendo tratados de inversión bilateral y los capítulos de inversión en el comercio o acuerdos de asociación económica.¹²⁰ Los gobiernos firman tratados bilaterales de inversión para atraer la inversión extranjera y tranquilizar a los inversores de que serán un trato justo en un territorio extranjero. El propósito de tratados bilaterales de inversión es la protección de los flujos monetarios y excluyen en gran medida las preocupaciones tales como la salud, medio ambiente y empleo.¹²¹ Esos tratados recientemente han sido utilizados por las empresas para desafiar regulaciones nacional de salud. En este desarrollo se ha planteado la preocupación de que normas de inversión transnacionales desalientan o quebrantan las políticas nacionales de salud, en particular cuando empresas económicamente poderosas, con buenos recursos lanzan desafíos legales contra los gobiernos de escasos recursos.

Los tratados de inversión que limitan las medidas de control del tabaco

Se estima que el consumo de tabaco ha matado a 100 millones de personas en el siglo 20, y causará la muerte prematura de mil millones más en el siglo XXI, a menos que el consumo se reduzca.¹²² En todo el mundo, el consumo de productos de tabaco está aumentando. Aunque las tasas de tabaquismo están cayendo en algunos de ingresos altos y de ingresos medios-superiores en respuesta a un conjunto de políticas contra el tabaco, esta tendencia a la baja ha llevado a la industria del tabaco a buscar nuevos clientes, dirigiendo su estrategia de marketing a países de bajos ingresos y de ingresos medios, en donde casi el 80% de la población mundial de mil millones de fumadores ahora vive.¹²² La OMS define el consumo de tabaco como un marcador de la inequidad social, porque las consecuencias en salud del tabaquismo afectan desproporcionadamente los grupos más desfavorecidos de la sociedad.¹²³

Los gobiernos han negociado normas mundiales para normar mejor el uso del tabaco, estipuladas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS en el 2005.¹²⁴ En los últimos años, se ha empezado a aplicar este tratado con la adopción de impuestos sobre el tabaco, las prohibiciones o restricciones a la publicidad, advertencias sanitarias en los envases, las regulaciones del producto y las políticas de aire libre de contaminación. Estas políticas, sin embargo, han encarado desafíos legales nacionales e internacionales como violaciones de las obligaciones de los países en virtud de acuerdos bilaterales, regionales y comercio multilateral y los acuerdos de inversión. Tras la firma del CMCT en 2003, Uruguay comenzó a introducir una serie de medidas de control del tabaco. En el año 2010, sin embargo, la tabacalera Philip Morris demandó al gobierno sobre una nueva regulación que exige figuras de advertencia en las etiquetas de los paquetes de cigarrillos,¹²⁵ que se cree son más efectivos que sólo el texto pequeño de advertencia sobre los daños en la salud.¹²⁶ En lugar de llevar el caso a los tribunales uruguayos, Philip Morris fueron al Centro Internacional de Arreglo de Diferencias

Relativas a Inversiones (CIADI), un tribunal internacional en el Banco Mundial en Washington, DC, EE.UU., establecido para juzgar conflictos entre empresas privadas y los estados que han firmado tratados de inversión. La compañía matriz de Philip Morris en Suiza, utilizó el tratado bilateral de inversiones entre Suiza y Uruguay para llevar el caso. Los tratados bilaterales de inversión por lo general incluyen controversias y disposiciones de solución entre inversionistas y estado que permiten a empresas extranjeras cuestionar legalmente regulaciones nacionales que reducen su rendimiento sobre la inversión.

El caso uruguayo no está aislado. El número de disputas legales interpuestas por las empresas contra los estados por violación de los tratados de inversión ha aumentado considerablemente en las dos últimas décadas. Muchos de los casos relacionados con la salud y legislación ambiental han sido presentados en base a los tratados bilaterales de inversión y los capítulos de inversión de los tratados comerciales como el Tratado de Libre Comercio (TLCAN).¹²⁷ Philip Morris también puso en marcha un desafío legal a la regulación de Australia requiriendo un etiquetado libre de advertencias en virtud a un tratado bilateral de inversión entre Hong Kong y Australia. La compañía también presentó un caso contra Canadá en 2001 bajo el TLCAN, en respuesta a una propuesta del gobierno para prohibir los términos "light" y "suave" en los paquetes de cigarrillos.



El tabaco no es el único problema relacionado con la salud a ser tratado en los procedimientos de solución de controversias entre inversionistas y estados. En 2012, la compañía farmacéutica Eli Lilly desafió Normas de patentes de Canadá después que el gobierno invalidó su patente sobre un medicamento.¹²⁸ La empresa alegó que las patentes deben ser consideradas como inversiones protegidas y ha demandado al gobierno US\$500 millones en compensación.¹²⁹

Determinantes políticos de la salud y disfunciones en la gobernanza global

Varios intentos de crear regulaciones globales para las inversiones extranjeras directas han fracasado. Más recientemente, Acuerdo Multilateral de Inversiones y propuestas de normas internacionales en materia de inversión propuesto por la OCDE durante la ronda de Doha de la OMC fracasó, en gran parte debido a la oposición de los países en desarrollo y grupos de la sociedad civil que temían promover los derechos de los inversionistas sobre los del estado.¹³⁰ Sin embargo, la red resultante de normas transnacionales ha sido desarrollada bajo mucho menos escrutinio que el marco multilateral propuesto, dando lugar a un sistema fragmentado de acuerdos bilaterales y los acuerdos regionales, dentro de los cuales se considera muy poco a la salud.^{130, 131} Cuando se enfrentan a un desafío legal en virtud de un tratado bilateral de inversiones dado a luz, por ejemplo, por una

empresa transnacional, los gobiernos pueden revisar sus reglamentos, pagar una indemnización, o decidir no adoptar algunas políticas en absoluto para evitar costosos litigios. Por otra parte, han surgido preocupaciones de que los procesos de arbitraje atraviesan un grave déficit democrático. La existencia de casos, los argumentos y decisiones finales pueden ser mantenidos en confidencialidad, de tal manera que el escrutinio público de los casos no es posible, incluso cuando tocan temas de gran interés público. Además, se han planteado dudas acerca de la legitimidad de un sistema en el que tres jueces - que a menudo provienen de firmas que representan empresas que están en esos tribunales - deciden a puerta cerrada sobre cuestiones cruciales de la política pública. Tanto en el diseño y la ejecución, el proceso de discusión y busca de soluciones sobre acuerdos de inversión reflejan grandes desigualdades de poder entre aquellos con recursos económicos (inversores y empresas) y los gobiernos, en particular los gobiernos de los países en desarrollo.

Desafiando las regulaciones existentes

Cuando Philip Morris desafió por primera vez la regulación, el gobierno uruguayo consideró inicialmente conceder y el cambio de su legislación. Sin embargo, la comunidad de control mundial del tabaco se movilizó para facilitar el acceso a servicios de expertos jurídicos para apoyar al gobierno, que ahora se encuentran enfrentando el desafío en ICSID.¹³² El peso normativo del CMCT y las fuertes redes de la sociedad civil mundial que se han construido para apoyar su aplicación proporciona un contrapeso al régimen de inversión.

El Gobierno de Australia derrotó recientemente una batalla legal contra Philip Morris en contra de su derecho a un empaque libre de advertencias, en el Tribunal Supremo de Australia, aunque continúan los desafíos internacionales en el marco del tratado de inversión a través de la OMC. En 2012, el gobierno sudafricano anunció que no renovarían 13 tratados bilaterales de inversión que había firmado con Estados miembros de la Unión Europea, debido a que empresas europeas los había utilizado para desafiar sus leyes sobre el trabajo doméstico.¹³³

La gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

Los casos de desafíos a las medidas de control del tabaco muestran que los gobiernos a veces son capaces de defender sus normas de salud pública, incluso en el rostro de la desigualdad financiera y de los recursos legales y que los estados soberanos pueden, en algunos casos, retirarse de acuerdos internacionales que tengan repercusiones inaceptables sobre el espacio político nacional. Sin embargo, tales ejemplos son raros. Las normas mundiales que salvaguarden los intereses del mercado sustituyen otras preocupaciones, tal como se muestra por la proliferación de tratados de inversión bilateral y el aumento de los conflictos entre inversionistas y estados. El caso de la patente

en Canadá, por ejemplo, indicará en qué medida la solución a la disputa entre inversionistas y estados puede ser aplicado a nuevos campos. Repetitivas llamadas solicitan una mayor transparencia en la solución de disputas sobre inversiones han producido pocos cambios sustanciales en la forma en se manejan los tribunales.

El régimen de inversión global muestra cómo los asuntos de salud pública pueden subordinarse a los intereses de empresas privadas. Existen grandes disparidades de poder entre las empresas multinacionales de tabaco y los países en desarrollo en el acceso a los costosos conocimientos jurídicos necesarios para enfrentar una disputa en un tribunal internacional de inversionistas. Además, las empresas pueden cosechar los beneficios de la falta de transparencia en tales procedimientos, que los protege del escrutinio público y el daño a su reputación.

Varias deficiencias del sistema de gobernanza global contribuyen a esta situación. En primer lugar, un déficit democrático surge de la naturaleza confidencial de los procedimientos de solución de controversias. En segundo lugar, mientras que existen instituciones fuertes para la protección de los derechos de los inversionistas, los mecanismos para responsabilizar a inversores responsables de los efectos negativos en salud son débiles. Por último, los acuerdos de inversión han demostrado dificultad ante la reforma: a pesar de algunos progresos, las llamadas a aumentar sustancialmente la transparencia del sistema, han demostrado problemas en su implementación.¹³⁴

Alimentos y equidad en salud

La naturaleza política de la nutrición

Como Olivier de Schutter, Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Alimentación, ha señalado: "Una de cada siete personas en el mundo está desnutrida, y muchos más sufren de 'hambre oculto' de deficiencia de micronutrientes, mientras que 1,3 mil millones presentan sobrepeso u obesidad".¹³⁵ De Schutter señala una paradoja en la actual situación mundial respecto a la alimentación y la nutrición. Mientras miles de millones se mueren de hambre y pasan hambre, millones de personas tienen enfermedades relacionadas a la obesidad. Al mismo tiempo, la producción mundial de alimentos está aumentando y actualmente cubre el 120% de las necesidades mundiales.^{2, 136}

Las condiciones de hambre y la obesidad dentro de un país están sujetos a diversos procesos políticos locales, nacionales y mundiales. Como Amartya Sen¹³⁷ argumentó hace tres décadas atrás, el estado nutricional no está determinada únicamente por la disponibilidad de alimentos, sino también por factores políticos como la democracia y la autonomía política. La política que genera y distribuye el poder político y los recursos a nivel local, nacional y mundial determinan cómo vive la gente, lo que comen y en última instancia, su salud.¹³⁸ La doble carga mundial de la sobrealimentación y la desnutrición es por lo tanto una inequidad grave.

Inseguridad alimentaria e inequidad en salud

La seguridad alimentaria se define como el acceso físico, social y económico de todas las personas en todo momento alimentos suficientes, seguros y nutritivos para satisfacer sus necesidades nutricionales y preferencias alimentarias para una vida activa y saludable.¹³⁹ Los sistemas alimentarios nacional son cada vez más afectados por actividades a nivel mundial, a menudo poniendo una presión adicional sobre la seguridad alimentaria de los hogares pobres. Los analistas han señalado una serie de factores a nivel mundial que tienen potenciales efectos en la seguridad alimentaria, incluido acuerdos en el comercio agrícola¹⁴⁰, volatilidad de los precios^{141, 142}, especulación financiera^{143, 144}, sustitución de cultivos alimentarios nacionales por cultivos de exportación,^{143, 145} y la comercialización de alimentos poco saludables por grandes corporaciones.¹⁴⁶

Los cambios en el sistema mundial de alimentos son los principales impulsores de la doble carga de la malnutrición, en el que la obesidad paradójicamente convive con el hambre y la desnutrición.¹⁴⁷ El consumo excesivo de grasas con alto contenido energético y azúcares derivan en obesidad, que ahora está superando al tabaco como la mayor causa prevenible de carga de la enfermedad en algunas regiones.¹⁴⁸ Debido a que los alimentos altamente procesados ricos en energía son mucho más baratos en términos de contenido de energía para un precio dado, ¹⁴⁹ condiciones sociales y económicas resultan en una gradiente social de la calidad de la dieta.¹⁵⁰

La mayoría de las personas que viven con menos de US\$1,25 al día en todo el mundo reside en las zonas rurales en los que dependen en gran medida de la agricultura.¹⁵¹ La volatilidad mundial de precios de los alimentos, por tanto, afecta tanto a los consumidores como a los productores. Años recientes han sido testigos de un aumento de la volatilidad en los precios de los alimentos a nivel mundial los, sobre todo en 2007-08 cuando de los alimentos básicos aumentaron drásticamente, aumentando un 70 % desde la medición del 2002-04.¹⁵² Como resultado, el número de personas que viven en la pobreza extrema pasaron de 130 a 150 millones, ¹⁵³ y estallaron disturbios en varios países en desarrollo de todo el mundo, amenazando la estabilidad de varios gobiernos. Al menos 40 millones de personas fueron llevadas a la hambruna e inseguridad alimentaria como consecuencia de la crisis de precios de alimentos de 2008. En el año 2008, el número total de personas que padecen hambre en todo el mundo alcanzó 963 millones.¹⁵⁴ La gente en los países más pobres llevaron la peor parte de las alzas en los precios de los alimentos.

La inseguridad alimentaria en una economía globalizada

Muchos países de bajos ingresos liberalizaron sus economías en los años 1980, a menudo como condiciones fijas para los préstamos extranjeros. El comercio agrícola se llevó a cabo en gran parte fuera del sistema multilateral hasta que el Acuerdo de 1994 sobre

Agricultura trajo alimentos bajo el paraguas de la OMC. El acuerdo obligaba a los miembros de la OMC a aumentar el acceso al mercado para los productos agrícolas, y reducir los subsidios internos y de exportación. Aunque muchos países pobres esperaban obtener acceso a mercados lucrativos en los países de altos ingresos con la liberalización del comercio agrícola, a menudo sus expectativas no se cumplían. Los países de altos ingresos ya tenían una ventaja cuando el acuerdo entró en vigor, ya que eran los únicos estados que ya tenían subvenciones sustanciales a la exportación, sólo estaban obligados reducir en términos de valor, mientras que muchos países en desarrollo no tenían los subsidios en su lugar, y no pudieron introducir alguno tras el acuerdo.¹⁵⁵

Continuos subsidios agrícolas han permitido a EE.UU. y la Unión Europea exportar los excedentes de alimentos a países bajos y medianos ingresos, causando el desplazamiento de la producción local de alimentos y el aumento de la dependencia de los pequeños agricultores en las importaciones de alimentos, a menudo generando más inseguridad alimentaria.^{76, 155} Los países en desarrollo también están cada vez más obligados a promover inferiores aranceles, subsidios a la exportación y apoyo agrícola nacional y de abrir sus mercados a la inversión extranjera directa, aumentando gradualmente la exposición y vulnerabilidad de los agricultores locales, a la volatilidad de los precios de los alimentos.¹⁵⁶

La liberalización del comercio también ha contribuido a la creciente pandemia de la obesidad.¹⁵⁷ La penetración profunda en los mercados de alimentos en los países de ingresos medios por corporaciones multinacionales de alimentos se ha asociado con un aumento de la ingesta de productos poco saludables, como refrescos y alimentos procesados, lo que contribuye al aumento de la tasas de enfermedades no transmisibles.^{146, 149} Este cambio en los patrones de la dieta y los cambios en los desafíos nutricionales han surgido como las cadenas de valor de las empresas que integran la producción, transporte y distribución de alimentos, con amplio acceso desde los agricultores hasta los consumidores. Como supermercados mundiales ahora se expanden rápidamente en América Latina, Asia y África, cada vez se convierte más difícil para los productores de alimentos más pequeños, tener acceso a la comida del mercado mundial.¹⁵⁸ Dominación por unos pocos actores poderosos con negociaciones de poder podría dar lugar a una mercado mundial de alimentos indiferenciado en la que el bienestar de los consumidores se mide por el precio y no por el valor nutricional o efectos en la salud.¹⁵⁸

Las reglas que gobiernan las áreas temáticas distintas de las comerciales también tienen un efecto en los alimentos -por ejemplo, acuerdos internacionales para promover el cultivo de biocombustibles o la liberalización de las normas nacionales de inversión, permitiendo arrendamientos de tierras transnacionales a gran escala. Durante la última década, hemos visto un aumento de las empresas transnacionales que invierten en países donde los recursos naturales como la tierra y el agua son abundantes y donde los mercados locales están poco integrados en la economía global.^{159, 160} Como resultado, estos actores han aumentado su control mundial de producción y suministro de alimentos.

La crisis alimentaria mundial de 2007-08 aumentó la atención política sobre las diferencias en la gobernabilidad de los alimentos afectaba la seguridad alimentaria mundial, y enfatizado los efectos adversos de mercados financieros no regulados. Algunos comentaristas han argumentado que los precios en alza de los cultivos de alimentos refleja las cambiantes demandas de alimentos en las economías emergentes en favor de la carne (que requiere aumento de la producción de alimentos para animales) y el aumento de la demanda de biocombustibles, lo que lleva a una caída en la producción de cultivos de alimentos.¹⁶¹ Sin embargo, la investigación ha demostrado que la excesiva especulación financiera en el mercado mundial de granos ha acelerado la crisis.^{142, 162} Como los



inversores se enfrentaron a una crisis en otros mercados financieros, entraron en los futuros mercados de materias primas en una masiva escala.¹⁴⁴ En gran parte, las condiciones por las que la especulación se dejó que se produzca en productos alimenticios, exacerbó el efecto de la oferta del mercados de suministros y mecanismos de demanda. Como tal, a pesar de la promoción de los biocombustibles y el cambio de la demanda de alimentos en las

economías emergentes, existieron catalizadores que desataron una burbuja especulativa gigante, el aumento del comercio en los mercados de futuros de productos básicos era la razón subyacente a la excesiva volatilidad de los precios de los alimentos.^{142,163}

Inequidad en poder e intereses divergentes

Diferentes actores son los responsables de los diversos aspectos de la seguridad alimentaria: Autoridades nacionales, propietarios de tierras, organizaciones multilateral, empresas transnacionales y autoridades regulatorio de las industrias: como de salud, agricultura y comercio. Juntos constituyen un complejo de intereses divergentes ^{164 -166} y superpuestos con desigual poder y Malthus diferencia la capacidad para influir en las estructuras y procesos.

Generalmente, instituciones, acuerdos y leyes relacionadas al mantenimiento financiero y comercial son más poderosas que las que tratan con seguridad alimentaria.^{164, 166.167} Por ejemplo, la capacidad que tienen estados que albergan (es decir, el estado en donde el inversionista es registrada) para obligar a los inversionistas a dirigir sus capitales en formas que no violen la seguridad alimentaria se ve socavada por la sobreprotección y bajo la regulación del inversor.¹⁶⁸ Por otra parte, no existen mecanismos supranacionales para mediar en la orientación normativa de la OMC, donde los principales objetivos son la liberalización del comercio y la poca intervención de estado, y el sistema de derechos humanos de la ONU, en donde el principal objetivo es obligar a los estados a respetar los derechos humanos y de cumplir los derechos (como el derecho a la alimentación), en

particular los de las poblaciones más vulnerables.¹⁶⁸ Además , la reforma de las normas existentes sobre el comercio agrícola para proteger mejor la salud es difícil, en vista que los procesos de toma de decisiones que requieren consenso en la OMC, entre todos los países miembros.

Tradicionalmente, ha sido poca la participación política en la gobernanza global en alimentación y agricultura por parte de personas afectadas por las políticas agrícolas y alimentarias (por ejemplo, la comida de los pequeños agricultores productores , las comunidades marginadas e indígenas) .¹⁶⁹ , ¹⁷⁰ Por el contrario, los actores del mercado tales como las empresas transnacionales y los especuladores se están cada vez ampliando más su espacio político y su influencia en procesos de toma de decisiones a nivel mundial, sin rendición de cuentas respecto a la leyes internacionales que protegen las poblaciones vulnerables.^{155, 171} El movimiento internacional de campesinos, La Vía Campesina, sostiene que los pequeños agricultores deberían tener un papel más dominante en las políticas agrícolas, indicando que este incremento sólo puede lograrse si comunidades locales tienen un mejor acceso y control a los recursos productivos y más influencia social y política en los procesos regulatorios internacionales que afectan la seguridad alimentaria.^{169, 172}

Reformando la arquitectura de la gobernanza global

Las fallas de la gobernanza global en los mercados de alimentos fueron expuestos por el precio de la crisis del 2007-08 que creó una sensación de urgencia por la reforma institucional. La arquitectura mundial de seguridad alimentaria parecía fragmentada y sin coordinación, reflejando el desacuerdo a nivel mundial sobre la mejor manera de lograr la seguridad alimentaria. En el 2008, la Junta de Jefes Ejecutivos de las Naciones Unidas estableció un equipo especial de alto nivel sobre la crisis mundial en seguridad alimentaria, con la participación de organismos de la ONU, el Banco Mundial, el FMI, la OCDE, y la OMC. El grupo de trabajo elaboró un Marco de Acción Comprensivo sobre Seguridad Alimentaria, llamando a dos líneas políticas: los sistemas de protección social y políticas para estimular la capacidad productiva a largo plazo, la capacidad de recuperación, y las oportunidades de ingresos a través de inversiones que den prioridad a los intereses de los pequeños agricultores.

Otra iniciativa destacada fue la reforma del 2009 del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, que originalmente creado como un comité intergubernamental de la FAO en 1974. El proceso de reforma inclusiva ha transformado sin duda el Comité de un foro de discusión inefectivo a un foro político más inclusiva y con autoridad.¹⁶⁴ El Comité ofrece ahora una participación significativa de actores no estatales, junto con los gobiernos miembros y presta especial atención a las organizaciones que representan a pequeños productores de alimentos y consumidores urbanos pobres.¹⁶⁴ Además, se estableció un grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y la nutrición, incluidos los actores de la sociedad civil, académicos e investigadores. Este órgano independiente

científico propone propuestas basadas en la evidencia, partiendo del conocimiento de una amplia gama de expertos y es una parte clave del Comité. Estos esfuerzos significan un mayor reconocimiento de la necesidad para hacer frente a las causas estructurales de la deficiente gobernanza global en alimentación.

Gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

Actores poderosos toman decisiones con considerables implicancias para la seguridad alimentaria. Sin embargo, cuando ni la seguridad alimentaria, ni la salud humana se encuentran entre sus objetivos, la salud puede y a menudo lo hace, sufrir de las consecuencias de sus actividades. Disparidades evidentes en el poder económico existen entre los hogares pobres que destinan una gran parte de sus ingresos en alimentos y los países pobres que son importadores netos de alimentos, y por otra parte los inversores y empresas que se benefician de la especulación en los precios mundiales de los productos alimentarios y las de exportaciones de alimentos, por otra. Se necesitan nuevas instituciones para regular la especulación de alimentos.^{144, 173}

Los efectos negativos de los determinantes políticos globales en seguridad alimentaria muestra deficiencias graves en el sistema de gobernanza global: una misma institución mundial tiene la autoridad y la responsabilidad de garantizar la seguridad alimentaria; la reforma de las normas existentes sobre el comercio agrícola a una mejor protección de la salud es difícil; y no existen los mecanismos para hacer que los actores poderosos rindan cuentas por los efectos de sus decisiones relacionados con la salud.

Conducción de corporaciones transnacionales y salud

Residuos tóxicos en Costa de Marfil - ¿Quién es responsable?

Las grandes empresas hacen negocios a escala global y dominan la producción y comercialización de bienes y servicios de la población mundial. Esta situación afecta la vida de los individuos y las comunidades de muchas maneras: sus condiciones de empleo (en fábricas, campos, minas, etc.); sus patrones de consumo (por ejemplo, a través de la publicidad) y no menos importante, sus condiciones ambientales.

Un vertido de residuos tóxicos en Abidjan, Costa de Marfil, mostró claramente cómo bajo regulación, las empresas transnacionales pueden afectar negativamente salud. En la mañana del 20 de agosto del 2006, los residentes de la ciudad de África occidental se despertaron a un mal olor. Los desechos tóxicos se habían arrojado en al menos 18 lugares alrededor de la ciudad, cerca de las casas, lugares de trabajo, escuelas y cultivos. La gente empezó a tener náuseas, dolores de cabeza, dificultades para respirar, dolores abdominales, ardor en los ojos y ardor en la piel.¹⁷⁴

La situación en Costa de Marfil fue producto de la interacción de los factores determinantes mundiales y nacionales: los residuos tóxicos provenían del buque Probo Koala, alquilado por la empresa europea de comercio de productos básicos Trafigura. La compañía había buscado empresas en muchos países para procesar los residuos tóxicos en un precio que estaba dispuesto a pagar. Sus esfuerzos atravesaron el Mediterráneo, los Países Bajos, Estonia, Nigeria y en última instancia, Costa de Marfil, donde se contrató a una empresa que no tenía ni la experiencia ni la capacidad para hacer frente a este tipo de residuos. Cuando ocurrió el incidente, Costa de Marfil estaba saliendo de una grave crisis política y militar en la que las instituciones de gobierno habían sido severamente quebrantadas. Los centros de salud y hospitales fueron pronto saturados y agencias internacionales ayudaron al personal médico local sobrecargado en las posteriores semanas. Menos de 2 meses después, los centros de salud tenían registrados más de 107000 personas por haber sido afectados por los residuos. Las autoridades nacionales atribuyen a la exposición al menos 15 muertes.¹⁷⁴ Ningún estudio de monitoreo de la salud o estudios epidemiológicos se han comprometido a evaluar los efectos a mediano y largo plazo. La información completa sobre la composición de los residuos no se ha hecho público. Las principales preguntas se ciernen a: ¿por qué pasó esto donde lo hicieron y que debe ser el responsable de rendir cuentas?

Bajo la regulación de las actividades transnacionales y efectos en la equidad en salud

Serias preocupaciones se han expresado sobre el efecto de las empresas transnacionales sobre el bienestar humano, especialmente en los lugares donde la autoridad reguladora del gobierno es débil. Un conjunto de normas voluntarias e iniciativas corporativas de responsabilidad se han puesto en marcha en varias industrias para hacer frente a este déficit de gobernanza. Sin embargo,



persiste la preocupación de que algunas empresas explotan las diferencias entre regulaciones de distintos países para maximizar los beneficios.

Los residuos tóxicos vertidos en Abiyán es un caso que muestra cómo los sistemas de gobernanza global y aplicación del derecho internacional no han podido seguir el ritmo de las empresas que operan a escala transnacional. Trafigura fue capaz de explotar al máximo las incertidumbres legales y lagunas jurisdiccionales, con consecuencias devastadoras. La relación entre las actividades previstas reguladas por corporaciones transnacionales, por un lado, y la salud en el otro, no están confinadas para el manejo de toxinas. Durante mucho tiempo, las industrias extractivas que operan en petróleo, gas y minería han sido reconocidos como algunos de los más perjudiciales para el medio ambiente, la salud y las condiciones de vida.¹⁷⁵ Por ejemplo, la minería causa alta

mortalidad en el trabajo.^{175 -177} El envenenamiento accidental y la exposición a las toxinas a través de industrias matan unos 355 000 personas al año, ¹⁷⁸ los países en desarrollo representan dos tercios de las muertes asociadas a esta exposición.^{179 - 181}

Los costos de las actividades de las industrias extractivas no son asumidos sólo por trabajadores, sino también por las comunidades y su medio ambiente. En el caso de la minería, los contaminantes tóxicos tales como arsénico, metales pesados, ácidos y álcalis pueden ser desechados en el medio ambiente, para terminar en el agua, el suelo, y la cadena alimentaria. A través de las actividades industriales en la agricultura y la manufactura, los contaminantes dañinos pueden ser lanzados directamente al ambiente.¹⁷⁶

Las inversiones extranjeras directas y el espacio político

La inversión extranjera directa es ampliamente considerada como un vehículo importante para promover el crecimiento económico y desarrollo.¹⁸² Sus defensores argumentan que la desregulación y la inversión extranjera directa son buenos para la salud, ya que liberalización conduce al crecimiento económico y genera nueva riqueza, que a su vez se espera que más gente salga de la pobreza. Sin embargo, Anand y Sen¹⁸³ advierten que por lo contrario, el sus efectos podría aumentar la desigualdad y el deterioro del bienestar humano. Un complejo sistema de normas y regulaciones mundiales se ha puesto en marcha para proteger y promover el flujo de capital, pero en gran medida excluye a las cuestiones de política pública, como la salud, el medio ambiente, y empleo.¹²¹

Para los gobiernos de acogida, las actividades de las empresas transnacionales pueden utilizarse para ayudar a que avance el crecimiento económico y por lo tanto pueden apoyar y fomentar a las empresas para atraer la inversión extranjera directa a través de incentivos fiscales. Los países también han desregularizado normas laborales y del medio ambiente y limitado el impuesto o la recaudación de impuestos corporativos. En consecuencia, limitan su propio espacio político.

Grupos de la sociedad civil, incluidas las ONG, los sindicatos, las comunidades locales y pueblos indígenas, han sido críticos importantes de la escasa regulación de las corporaciones transnacionales. Ellos han traído la atención y documentado la consternación de comunidades, la explotación de los recursos naturales, la degradación del medio ambiente y el deterioro de las normas laborales. Ellos han hecho un llamado para incrementar el espacio político para buscar políticas sociales legítimas en los países que acogen empresas. Ellos han hecho hincapié en la necesidad de acuerdos transparentes y la inclusión de normas laborales y ambientales en tratados de negocios.^{184 - 186}

El derecho internacional, las normas y procedimientos de seguimiento de iniciativas

Leyes y normas internacionales tienen un importante, aunque incompleto, rol en la regulación de la conducta de corporaciones transnacionales. Aunque las comunidades en los países de acogida están a menudo mal protegidas contra las operaciones de corporaciones transnacionales, la inversión extranjera directa es protegida por los tratados negociados entre los estados y empresas, garantizando la protección de los inversores.¹⁷⁵ Las disputas pueden ser llevadas al CIADI, que establece la conciliación y arbitraje de diferencias relativas a inversiones sobre la contratación de estados y naciones de otros estados contratantes. Tradicionalmente, los tratados de inversión extranjera directa protegen las inversiones en suelo extranjero y por lo tanto favorecen a sus países y empresas. Sin embargo, los reglamentos de indemnización por el daño causado en suelo extranjero son menos desarrollados.

Los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre Empresas y Derechos Humanos del 2011¹⁸⁷ aclaran la responsabilidad universal de las empresas de respetar los derechos humanos y proveer compensaciones cuando se violan los derechos. Han sido ampliamente respaldados por organismos gubernamentales y de la industria, pero no son vinculantes.¹⁸⁸ Las leyes internacionales vinculantes, como el Convenio de Basilea de 1989 sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, 189 o el Convenio de Minamata sobre Mercurio en el 2013,¹⁹⁰ tienen por objeto proteger la salud humana y el medio ambiente contra los efectos nocivos de la actividad industrial. Sin embargo, aun cuando tales convenciones son ampliamente adoptadas, sin un organismo con autoridad para supervisar y hacerlo cumplir, su aplicación se mantiene en reserva de los estados individuales.

A veces, los tribunales nacionales pueden ejercer autoridad extraterritorial para fortalecer la rendición de cuentas por el daño cometido en otro lugar. Un ejemplo es el de Alien Tort Claims Act (ATCA) de los EE.UU.,¹⁹¹ que ha sido utilizado por los defensores durante varias décadas para llevar los casos ante los tribunales estadounidenses por los daños cometidos en territorio extranjero; sin embargo, una reciente decisión de la Corte Suprema de EE.UU. ha limitado drásticamente la ATCA, planteando serias dudas sobre si puede funcionar como un mecanismo efectivo para hacer rendir cuentas.¹⁹² A nivel internacional, sólo existe un pequeño mosaico de tribunales internacionales, que abarcan un conjunto restringido de temas y con muy poca jurisdicción sobre las corporaciones. En un esfuerzo para ir más allá de la acción meramente voluntaria, se han aplicado esquemas para la clasificación, el etiquetado y monitoreo independiente de las actividades de las empresas transnacionales. La red *Publish What You Pay* es un ejemplo de una coalición estratégica de las organizaciones de la sociedad civil que presionan por la transparencia y la rendición de cuentas de las industrias.¹⁹³ De forma similar, la Iniciativa de Transparencia de Industrias Extractivas¹⁹⁴ promueve la mejora de gobernabilidad en países ricos a través de la publicación completa y verificación de los pagos de las empresas y los ingresos del gobierno provenientes del petróleo, el gas y la minería. Otros intentos para mejorar la rendición de cuentas corporativa incluye la inversión en

responsabilidad social, que moviliza recursos financieros de los grandes inversores institucionales, con lo que influencia las prácticas comerciales de las empresas transnacionales.

Gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

Se han hecho muchos esfuerzos para mejorar la gobernanza global de las empresas transnacionales, pero como el caso de Trafigura muestra, el marco normativo vigente sigue siendo insuficiente para proteger la salud. Vastas disparidades de poder existen entre las empresas multinacionales que toman decisiones sobre dónde invertir o establecer instalaciones de producción, y los países pobres que buscan atraer este tipo de inversiones ofreciendo bajos costos a través de, entre otros métodos, la aplicación laxa de regulaciones sobre empleo, medio ambiente y sociales.

El desafío de la regulación de las empresas transnacionales en una economía globalizada muestra varias disfunciones en la sistema de gobernanza global, incluyendo: la escasez de normas y códigos de conducta que van más allá del nivel voluntario; debilidad de los mecanismos de rendición de cuentas de corporaciones transnacional a las personas cuyas vidas y la salud son los más afectados directamente por sus acciones; debilidad de las instituciones para hacer cumplir las normas internacionales, las leyes y las normas cuando son violados por las empresas transnacionales y la ausencia de instituciones para asegurar que la competencia por la inversión extranjera directa entre los estados no conduce a resultados contrarios al interés público.

Migración ilegal y salud

La falta de protección de la salud de los más vulnerables

La experiencia vivida por los inmigrantes ilegales (panel 3) es a menudo un aluvión de problemas y vulnerabilidades sociales, económicas, psicológicas y físicas. Las experiencias del creciente número de estos migrantes enfatiza un vacío fundamental normativo e institucional en la gobernanza global. A pesar de los tratados internacionales de derechos humanos existentes que debería, en teoría, proteger a los migrantes, independientemente de su situación jurídica en un país, en la práctica, los estados toman gran margen respecto a cómo estos migrantes son tratados.¹⁹⁶ Debido a la dificultad para hacer cumplir a los estados el derecho internacional en la forma en que tratan a los migrantes, esto se vuelve imposible.

Un ejemplo de la experiencia de un inmigrante ilegal con el Sistema de Salud de Noruega muestra claramente cómo las limitaciones planteadas por las políticas nacionales de conduce a una falta de protección de la salud de las personas más vulnerables.¹⁹⁷ Un hombre de 42 años de edad, viajó durante horas de un centro de acogida de refugiados de

las zonas rurales en el sur de Noruega para asistir al centro de salud para inmigrantes indocumentados en Oslo. El hombre era VIH positivo, pero la molestia que lo llevó a la clínica era un constante dolor de cadera insoportable. En el centro de recepción de refugiado, un médico lo examinó y lo remitió para una evaluación ortopédica en el Hospital Universitario de Oslo, donde los especialistas diagnosticaron fallo de la articulación y lo refirió para la cirugía de reemplazo de cadera. Sin embargo, el Departamento de Cirugía del hospital se negó a hacer el procedimiento, ya que su solicitud de asilo había sido rechazada, por lo que se encontraba en situación de ilegal.

El hospital que negó su cirugía fue el mismo donde recibió tratamiento ambulatorio para el VIH, de forma gratuita y con independencia de su estatuto jurídico. El tratamiento del VIH se encuentra bajo la Ley de Enfermedades Contagiosas de Noruega, que permite el acceso a la evaluación médica gratuita, diagnóstico y tratamiento a cualquier persona en el país, independientemente de su situación legal. Fueron al hospital para el tratamiento de la cadera, sin embargo, no serían reembolsados por el costo.¹⁹⁸

Derechos de migrantes ilegales no son respetados

Aunque los datos sobre la salud de los migrantes, en especial migrantes en situación ilegal, son escasos, hallazgos de varios estudios sugieren que los migrantes generalmente se hacen más vulnerables a la mala salud que las poblaciones no migrantes durante el tránsito entre su país de origen y su destino, y durante su estancia en el país de destino. Las barreras creadas para el traslado de un país a otro, por parte de los estados, para el control de las migraciones y la abundancia de los contrabandistas y traficantes, han hecho de la migración ilegal una peligrosa experiencia.¹⁹⁶ Durante su estancia en los países de destino, los migrantes pueden ser más vulnerables que los no migrantes a algunas enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, el VIH/SIDA y hepatitis B), algunas enfermedades no transmisibles (como la diabetes), enfermedades ocupacionales, la mala salud mental, y problemas de salud materno-infantiles.^{199, 200} Este aumento de la vulnerabilidad a la mala salud está estrechamente relacionada con sus condiciones de vida y trabajo y de su estatus legal en los países de destino, lo que determina su acceso a servicios sociales y de atención de la salud.^{199, 201, 202}

A menudo, los migrantes son objeto de manera desproporcionada a una situación socioeconómica pobre por su condición migratoria, origen étnico y los procesos de exclusión social,^{203, 204} y son vulnerables a condiciones laborales abusivas en las que las regulaciones no se imponen.^{195, 205} Además, en muchos países los inmigrantes indocumentados están excluidos en gran medida del cuidado de la salud y los servicios sociales,²⁰⁶ dejando a los migrantes ilegales o indocumentados con peor salud que migrantes en situación legal. Por ejemplo, en la Unión Europea, la mayoría de los países ofrecen sólo atención de emergencia para migrantes indocumentados. Además, el miedo a ser deportados limita aún más a los inmigrantes a recibir la atención sanitaria.

El mundo tiene más o menos 214 millones migrantes, que representan el 3,1% de la población mundial.²⁰⁷ Una serie de factores complejos e interrelacionados, incluyendo conflictos, desastres ambientales y privación socioeconómica, puede conducir a la gente a abandonar sus países origen por territorios desconocidos. Muchas de estas personas han sido referidas como los migrantes de supervivencia, ya que emigran a causa de desesperación económica y situaciones sociales, pero no se ajustan a la definición de refugiado de la Convención sobre Refugiados de 1951.¹⁹⁶ Desde la década de 1980, el número de los llamados migrantes ilegales ha aumentado rápidamente, con la migración ilegal convertida en una de las formas de la migración de más rápido crecimiento.²⁰⁸ Información de los programas de regularización y otras fuentes sugieren que podría haber 30-40 millones de migrantes ilegales en todo el mundo, o el 15-20% de todos los migrantes internacionales.^{209, 210}

Panel 3: Definiendo a los migrantes ilegales

Un inmigrante ilegal (o indocumentado) es una persona que no tiene estatus legal en un país de tránsito o de acogida. El término se refiere a las personas que entraron en el territorio de un estado sin autorización (por ejemplo, a través del contrabando) y para los que entraron en el país legalmente y posteriormente perdieron su permiso para permanecer. La pérdida de la condición legal puede ocurrir, por ejemplo, debido a que el migrante se ha quedado más tiempo del permitido por un visado o permiso de residencia, porque se le ha negado la condición de refugiado, o porque un empleador ha retirado arbitrariamente una autorización para trabajar que está ligado a su estado de inmigración.¹⁹⁵

El aumento de la migración ilegal refleja opciones políticas y definiciones legales mal adaptadas a la realidad actual, y no simplemente un cambio en los patrones de migración. A pesar de la necesidad de trabajadores poco calificados y semicalificados en muchas sociedades, los estados tienden a alentar y legitimar migración calificada y limitar o deslegitimar la migración laboral de personas poco calificadas a causa de la hostilidad política basada en un temor que los migrantes poco calificados amenazan los trabajadores domésticos empleos y condiciones de trabajo.¹⁹⁵

Aunque las aportaciones económicas de migrantes ilegales trabajadores podrían ser reconocidas, el empleo de los migrantes ilegales no es una tendencia rápidamente acogida por los países de destino y persiste el debate sustancial sobre la asignación y la asunción de la responsabilidad de los migrantes ilegales trabajadores.¹⁹⁵ El flujo de los migrantes poco calificados a regiones más desarrolladas es, por tanto, a menudo canalizados por medios clandestinos a causa de la ausencia de categorías de migración que permitan la entrada legal.²¹¹ Una vez en los países de destino, se concede a los migrantes ilegales sólo derechos mínimos y tienen pocos mecanismos para asegurarlos. Como fue visto en el

ejemplo de Noruega, los derechos de los migrantes ilegales se respetan sólo en caso de emergencia o en medida en que también se beneficie directamente la población no migrante, como para asegurar el tratamiento contra enfermedades infecciosas. Más allá de esta prestación básica, el acceso a la atención se restringe y proporcionadas principalmente por organizaciones de caridad.²⁰⁶

Adopción inadecuada de las normas sobre derechos humanos

El flujo internacional de los migrantes ilegales desafía el sentido en que los derechos humanos- y el valor humano y la dignidad reflejada en él - puede decirse que es universal. Garantizar el respeto de los derechos humanos universales de los migrantes ilegales y la implementación en la legislación nacional es un reto sin una autoridad que pueda establecer normas. Aunque el derecho internacional sobre los derechos humanos y la ley internacional de migración impone obligaciones legales a los estados para proteger y respetar los derechos de los migrantes dentro de su territorio, las políticas de apoyo social están a menudo en desacuerdo con estos derechos, ya que sólo se dispone de mecanismos débiles para mantener la responsabilidad de los estados sobre sus obligaciones respecto a derechos humanos.^{196, 212, 213}

En la práctica, los derechos de los migrantes en situación ilegal son insuficientemente protegidos.¹⁹⁵ Esta protección inadecuada persiste a pesar de que muchas normas jurídicas vigentes se dedican a vigilar la responsabilidad de los estados de proteger y respetar los derechos humanos de migrantes vulnerables.^{196, 212, 214} En parte, esta situación refleja una ausencia de lineamientos internacionales acerca de cómo las normas existentes de derechos humanos debe aplicarse a la situación de migrantes ilegales vulnerables. Además, refleja la ausencia de una clara división de la responsabilidad entre organizaciones internacionales de proteger a migrantes.¹⁹⁶ Aunque el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) tiene el mandato para salvaguardar los derechos y el bienestar de los refugiados, no existe mecanismo para hacer cumplir y garantizar el respeto a las normas internacionales sobre derechos humanos por parte de los gobiernos -más bien, cada estado es capaz de interpretar su relevancia en función a las políticas nacionales.

Protección de los migrantes irregulares en la agenda política

Una mayor atención por parte de los medios de comunicación para las atroces condiciones vida y medios peligrosos de viajes de inmigrantes ilegales ha fortalecido la preocupación internacional por sus derechos.¹⁹⁶ Organizaciones civiles y religiosas, grupos de trabajo y las ONG se han vuelto más activos en el tema. Cada vez más, la Federación Internacional de la Cruz y Media Luna Roja está hablando sobre la necesidad de reconocer y proteger los derechos de migrantes en situación ilegal y el Consejo de Europa en el 2006 aprobó una resolución sobre los derechos humanos de migrantes ilegales.¹⁹⁶ El Grupo Asesor del Piso

de Protección Social de la OIT ha recomendado que se hagan esfuerzos especiales para llegar a los migrantes ilegales.⁴⁵ La Comisión Global sobre la migración internacional y el ACNUR han reconocido la necesidad de proteger a los migrantes ilegales,²⁰⁸ y el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la salud, Anand Grover ha presentado al Consejo de Derechos Humanos de la ONU una gama de recomendaciones idóneas para garantizar el respeto, protección y cumplimiento del derecho a la salud de todos los migrantes trabajadores.

Sin embargo, hasta ahora los estados han sido reacios a comprometerse a los nuevos acuerdos multilaterales formales para proteger los derechos de los migrantes. El único marco de protección para los migrantes aceptado globalmente, que es explícito acerca de migrantes ilegales (la Convención Internacional del 2003 de la ONU sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y los miembros de sus Familias) ha sido ratificado por sólo 47 países; y los principales países receptores de emigrantes no han reconocido los derechos especificados en la convención sobre los migrantes en situación ilegal.²⁰⁸ En lugar de la firma de acuerdos multilaterales formales, más estados receptores de migrantes prefieren desarrollar la cooperación en materia de migración a través de procesos consultivos regionales informales o mediante acuerdos bilaterales.¹⁹⁶ Esta práctica pone énfasis en los desafíos que la soberanía puede representar para garantizar la protección de los derechos y el bienestar de todas las personas. Hasta que los estados no se reúnan para ponerse de acuerdo sobre las directrices para la aplicación de las normas jurídicas existentes sobre la situación de los migrantes vulnerables y aclarar que las organizaciones internacionales son responsables de la implementación de esas directrices para la aplicación de las normas jurídicas existentes a la situación de los migrantes vulnerables y aclarar que las organizaciones internacionales son responsables de la implementación de esas directrices, es probable que los migrantes ilegales continúen cayendo a través de las grietas en el sistema.¹⁹⁶

Gobernanza global en salud: Desafíos clave identificados

A menudo, los migrantes que cruzan las fronteras en busca de mejores condiciones de vida, no tienen representación democrática, a nivel mundial o nacional. Se vuelven vulnerables en relación con el país de acogida, que tiene el poder de determinar su situación jurídica y su grado relativo de desarrollo social, económico, político y exclusión legal de la sociedad. La dificultad para garantizar protección de los derechos humanos y de salud de migrantes ilegales transfronterizos muestra disfunciones en el sistema de gobernanza global: mecanismos para comprometer a los estados responsables de sus obligaciones en virtud a los derechos humanos y otras convenciones, son débiles; sólo existen instituciones incipientes para establecer normas sobre el trato a los migrantes, los migrantes ilegales en particular; y también son débiles las instituciones para asegurar que la salud se toma en cuenta en el desarrollo de la política de migración.

Los patrones de la violencia armada y efectos en la salud

Cambios en los patrones de violencia

En los últimos 15-20 años, en todo el mundo los patrones de la violencia armada han ido cambiando y ampliando más allá las funciones tradicionales de la armada de conflicto organizada. En comparación con las grandes guerras entre estados del siglo XX, los conflictos armados entre grandes naciones son relativamente raros ahora. Guerras civiles, aquellos entre un gobierno de pie y una fuerza rebelde - han caído en número desde un los años 1990 , ^{5, 217} a pesar de que suelen persistir durante muchos años y contribuir a la prolongada crisis de desplazados protegidos y refugiados internos, y las duraderas inseguridades fronterizas.

Con los patrones de la violencia armada que emerge en este siglo, el régimen de GG debe enfrentar casos de conflicto armado entre grupos dentro del estado, libradas a lo largo de líneas sectarias, ideológicas o comunales, y a menudo reforzada por unidades para comandar el territorio y recursos.^{5, 217 -219} Aunque estas campañas organizadas de violencia armada tiene numerosas raíces causales, a menudo emergen como como asaltos violentos contra la población civil, graves amenazas a la soberanía de un estado y abruptos desestabilizadores de las esperanzas regionales para la paz. Podría decirse que las guerras y conflictos armados de manera más general son una de las amenazas más poderosas y duraderas para la salud humana y el bienestar. ^{219, 220}

Efectos agudos del conflicto armado sobre la morbilidad y mortalidad civil

Conflictos armados llevan a la muerte, lesiones, discapacidad, enfermedad y angustia mental de civiles.²²¹ Aunque los datos están lamentablemente incompletos, se estima que entre 191 millones y 231 millones de personas murieron como resultado directo o indirecto de conflictos durante el siglo XX.^{217, 222} Las muertes de civiles han llegado a ser mucho más numerosos que las muertes de combatientes y esto surge de las estrategias de guerra deliberadas: ataques directos contra civiles; la grave falta de atención a principios de distinción, protección y proporcionalidad; y la destrucción sin sentido de los sistemas de salud, funciones básicas de la sociedad, y la infraestructura necesaria para apoyar a la vida civil y funcionamiento.²²³

En las guerras del siglo XXI, los datos de las víctimas civiles continúan escasas e incompletas. Aun así, las grandes guerras internas e internacionales del nuevo siglo, como las de Siria, Irak y Afganistán, han cobrado la vida de civiles, estimadas en cientos de miles de personas. En uno de los pocos esfuerzos sistemáticos para reunir información de las muertes de civiles, la Oxford Research Group informó que la guerra en Siria ha matado 11 420 niños menores de 17 años durante un período de sólo 30 meses.²²⁴ Los ataques deliberados a la infraestructura de y a profesionales de la salud ha sido una característica recurrente en Irak y Siria y la misma táctica se ha informado en la República Democrática del Congo (panel 4). Los hospitales en Irak han sido llamados campos de matanza; ²³¹ en

Siria, la mayoría de los hospitales en las zonas de conflicto han sido gravemente dañados o abandonados, y muchos médicos, vistos como blancos de guerra, se han visto obligados a huir del país.²³²

Un resultado inevitable de los ataques deliberados contra la población civil es la migración forzada. Cuando los grupos armados o ejércitos atacan barrios específicos o grupos comunitarios, los residentes huyen en masa y dependiendo de las limitaciones geográficas y la seguridad, se hacen ya sea desplazados o refugiados internos en los países vecinos. El ACNUR estima que a finales de 2011 había 42,5 millones de refugiados y desplazados internos en todo el mundo, la más alta cifra desde 1994.²³³ La duración media de situaciones prolongadas de refugiados se acerca 20 años (un aumento de 9 años desde 1993).²³⁴

La gobernanza global y el conflicto armado contemporáneo

Estas consecuencias terribles a corto plazo de las formas actuales del desafío de la violencia armada desafía la capacidad de las instituciones de gobernanza global para evaluar y responder. Las instituciones y marcos post Segunda Guerra Mundial, establecidos para prevenir y limitar la guerra tienden a considerar conflicto armado acuerdo como la restricción en el tiempo y el espacio y tienden a separar causas políticas y económicas. Por lo tanto, mientras las instituciones políticas y de seguridad responsables se refieren a cuerpos de la ley (los Convenios de Ginebra)²³⁵ y marcos (los capítulos de la Carta de las Naciones Unidas 6 y 7)⁵⁹ y tratan de actuar en horizontes de corto plazo, mientras que en el mundo, instituciones económicas se refieren al comercio y los procesos financieros que operan en los niveles de política completamente separados y a través de marcos de tiempo de deliberación mucho más lento.



Sin embargo, las guerras de este siglo son más complejas respecto al tiempo y la causa o provocación, y es menos probable que se vea limitada por el espacio, gracias a innovaciones en las tecnologías de comunicación tales como la Internet. La combinación de exclusión política y socioeconómica, percibida y experimentada por la gente como injusticia social, sirve para fomentar actos de violencia y apoyo a la movilización a gran escala de los grupos armados.

Panel 4 Continuo conflicto en la República Democrática del Congo

A pesar del fin oficial de la guerra en la República Democrática del Congo (RDC) en 2002, la violencia interna llevada a cabo por muchos grupos de actores armados no estatales ha seguido sin cesar, con consecuencias devastadoras sobre la población civil. En las regiones orientales del país, ataques recurrentes contra las aldeas y asentamientos - a menudo situadas más allá del alcance de la atención de servicios de salud - son dirigidos directamente a civiles, incluidos niños y ancianos.^{225 226} Los muchos ataques letales y no letales en estos civiles han incluido infligir graves y generalizadas violaciones individuales y grupales de mujeres, niñas y niños,²²⁷ y personas que han tratado de huir les ha resultado imposible de ocultarse o encontrar áreas seguras.²²⁵

El conflicto en el este de la República Democrática del Congo se ha incrementado el crimen, con las partes en conflicto compitiendo por el control de la tierra y recursos naturales.²²⁸ La RDC es rica en minerales, incluyendo reservas de wolframio (tungsteno), diamantes y oro. También cuenta con suministros de coltán, que se utiliza en los teléfonos móviles y otros dispositivos electrónicos, y casiterita (estaño), que es utilizado en el envasado de alimentos.

La miseria de las muertes de civiles y el horror de la violencia sexual ha causado indignación internacional. Sin embargo, la política regional ha impedido hasta ahora la creación de un alto al fuego o un proceso de permanente de desmovilización, desarme y reintegración. Miles de tropas del ejército nacional congoleño, junto con las fuerzas de paz de la ONU, han intentado restablecer la estabilidad y la seguridad en la región. Sin embargo, estos esfuerzos han sido infructuosos. Las fuerzas armadas formales siguen siendo insuficientes para limitar los incesantes ataques contra civiles perpetrados por diferentes grupos rebeldes y fuerzas armadas de fuera.²²⁹ La asistencia médica humanitaria ha sido severamente restringida por el conflicto, y servicios del gobierno en las regiones más disputadas han sido extraídos.²³⁰

Se debe dar prioridad a acabar con el reinado de la violencia armada en la región, lo que requiere la insistencia regional y más amplia insistencia internacional sobre el estado de derecho y el cumplimiento de obligaciones de los tratados por los estados implicados en la violencia.

Violaciones graves y prolongadas a los derechos humanos se encuentran en la raíz de estos conflictos. Trato injusto a grupos específicos sobre sus características tales como raza, etnia, religión, género, clase, casta o ideología todos han sido identificados como causas subyacentes de los brotes violencia armada organizada.^{5, 236} Cambios repentinos en clases o grupos favorecidos, la exclusión social de grupos específicos, estigmatización y persecución, los desalojos forzosos y expulsiones territoriales, y el encarcelamiento o la ejecución extrajudicial de dirigentes de la oposición o portavoces, todos se han señalado como las tendencias o eventos de precipitación.^{237, 238}

Sin embargo, también es evidente que privación económica crónica, las perturbaciones económicas repentinas y la delincuencia generalizada y la corrupción pueden agravar o encender las tensiones sociales subyacentes y precipitar un conflicto armado. El riesgo de conflicto y la violencia en cualquier sociedad es, de acuerdo con el Informe de desarrollo mundial del Banco Mundial en el 2011,⁵ causado por una combinación de exposición tanto a la tensión interna y externa y la incapacidad de instituciones legítima para hacer frente a dicho estrés. Tensiones externas son las que surgen fuera del control de un país y que por lo tanto, requieren una acción global. Los OECD²³⁶ define factores globales que afectan un conflicto como "procesos lícitos y/o ilícitos que opera a nivel regional, internacional o transfronterizo y que influencia riesgo de fragilidad de un Estado y conflicto." La crisis alimentaria mundial en 2007-08 es un ejemplo de un factor de estrés externo, económico; los precios récord de los alimentos causaron protestas y disturbios violentos en 48 países.²³⁹

La prevención del conflicto armado ha sido tradicionalmente visto en los círculos políticos como un proceso de dos fases: prevención temprana, cuando la situación social y política es fluida e inestable; y la mitigación, cuando los signos de organización de la violencia armada han aparecido y las víctimas aparecen. En estas dos fases se puede entrar y salir; las intervenciones exitosas desde el principio pueden posponer violencia de grupos; más intervenciones completas y sostenidas podrían disminuir este tipo de brotes por años.²⁴⁰

Respuestas de gobernanza global a los nuevos patrones de la violencia

El problema pendiente es una de respuesta integrada, construyendo un entendimiento más sofisticado y completo de las conexiones entre factores escalonados que aumentan el riesgo de brotes e intensificación de la violencia armada. Algunas iniciativas recientes a nivel de tratados internacionales y los acuerdos comerciales muestran una toma conciencia prometedora sobre estas conexiones. El Tratado sobre el Comercio de Armas del 2013 ofrece una oportunidad para reducir el potencial de altos niveles de violencia letal.^{241 - 244}

Esfuerzos globales para prevenir los efectos nocivos del tráfico ilegal se han desarrollado, como el Esquema de certificación de procesos Kimberley para los diamantes,²⁴⁵ la Iniciativa para la Transparencia de Industrias Extractivas,¹⁸² la Carta de Recursos

Naturales,²⁴⁶ y una iniciativa del Banco Mundial, la FAO y la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) sobre normas internacionales para compras de tierras.⁵ Estas iniciativas globales son importantes para la reducción de riesgos y su objetivo es promover la necesaria colaboración entre los países ricos y pobres. Pero a medida que el malestar social en un estado o región se mueve desde las fases de prevención precoz a modos de crisis agudas, los sistemas de GG para política y de compromiso económico están todavía muy separados. Sólo en momentos de gran emergencia convergen, como en el Consejo de Seguridad de la ONU se debatió sobre la imposición de sanciones multilaterales contra un estado miembro infractor.

Como resultado, cuando el riesgo de conflicto armado se ha intensificado a una crisis activa con numerosas víctimas civiles, la comunidad internacional sigue buscando mecanismos coercitivos internacionales. Estos mecanismos incluyen esfuerzos diplomáticos o militares para exigir al estado, si todavía existe, para ejercer control sobre los grupos en conflicto o imponer al Estado una serie de medidas coercitivas destinadas a proteger a los civiles y llevar un cese de las hostilidades. En esta etapa de la interrupción violenta, intervenciones económicas positivas pueden llegar a ser menos relevantes y la fuerza política de la diplomacia colectiva o acción armada puede mostrarse necesaria. La disciplina de los Convenios de Ginebra y la amenaza de la Corte Penal Internacional (CPI) se muestran amplias, así como las limitaciones anteriores de varios tratados de control (por ejemplo, contra las minas terrestres o armas químicas) entran en el juego completo.

Con el abandono de la guerra interestatal a los patrones de violencia menos preocupados por las fronteras nacionales, el desafío se acerca a cómo proteger a los individuos en lugar de los estados. Se ha avanzado en el desarrollo de marcos jurídicos y normativos para condenar los ataques contra la población civil como ilegales, tanto en la paz y la guerra - por ejemplo, las convenciones de la ONU, la Corte Penal Internacional, el marco de la ONU sobre la responsabilidad de proteger, y el Tratado de Ottawa para prohibir minas terrestres.^{227, 247} Sin embargo, incluso en medio de una mayor atención a la protección de los civiles en los escenarios de la gobernanza global, se ha seguido produciendo sufrimiento en muchos conflictos armados en todo el mundo, como en Siria.

La violencia armada en los niveles de las bandas criminales y milicia local también está en crecimiento.⁵ Este pequeña pero mortal violencia no encaja en categorías legales o normativas sobre la guerra y paz. La violencia criminal o política se estima afecta a 1.5 billones de personas en todo el mundo, con consecuencias perturbadoras sobre la salud y condiciones de vida.⁵

Gobernanza global para la salud: desafíos clave identificados

La cuestión fundamental es que las sociedades en riesgo de conflictos armados son aquellas políticamente injustas y percibidas como social y económicamente injusta. Varios

errores de la gobernanza global dificultan a la comunidad mundial en su capacidad para hacer frente efectivo ante este desafío.

En primer lugar, ninguna institución ha demostrado efectividad en la orientar a la comunidad internacional para abordar la mezcla de factores internos volátiles (tales como el desempleo, la desigualdad de ingresos, la exclusión y la opresión) y el papel de los disruptores externos (como la inestabilidad económica mundial, el comercio internacional de armas pequeñas y la delincuencia organizada internacional) que pueda agravar o aumentar las tensiones internas entre los grupos y clases de personas. Estos factores operan a largo plazo, pero varias políticas y tratados podrían utilizarse útilmente en esta fase de inestabilidad social.

En segundo lugar, las instituciones multilaterales como la ONU han contribuido a mejorar la seguridad y la prosperidad en muchas partes del mundo y el derecho internacional humanitario se ha desarrollado durante los últimos 150 años para proteger a las personas de la inseguridad y la violencia y para regir la conducta durante la guerra y el conflicto. Sin embargo, las instituciones son lentas para adaptarse o interpretar estos mecanismos a la vista de los nuevos patrones de violencia armada, que presentan varios desafíos al orden global en la etapa posterior a la Segunda Guerra Mundial. Por ejemplo, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, en su actual lineamiento político, se esfuerza por ponerse de acuerdo sobre la interpretación del idioma utilizado en la Carta de las Naciones Unidas respecto a las situaciones que permitan el despliegue de fuerzas de la ONU para proteger a los civiles frente a las hostilidades activas y sigue confiando en arreglos para proveer de personal y financiar el mantenimiento de despliegues por la paz.²⁴⁸ Los Convenios de Ginebra y los dos protocolos adicionales fueron diseñados para hacer frente a las guerras entre los estados; sólo a través de la dependencia de costumbre la ley y el amplio alcance del artículo común 3 puede aplicar a muchos conflictos armados.^{217, 249.250} Incluso si estas medidas crean un amplio espacio para la ampliación de la protección de los civiles y expande definiciones de los combatientes en las guerras internas, la pregunta difícil resulta ir a la práctica, sobre cómo discernir en cualquier instancia quién es un combatiente, quién es un no combatiente y qué podría denominarse un terrorista. En este aspecto, es menos la ley que la política y los recursos los que permiten continuar la guerra y las atrocidades en tantas de zonas de conflicto del mundo.

Por otra parte, las instituciones globales siguen siendo en gran medida reactivas, aunque una nueva comprensión de los efectos vinculados a la opresión política y la inequidad económica han echado raíces en altos niveles en las Naciones Unidas, incluso dentro las oficinas del Representante Especial del Secretario General para la Prevención del Genocidio y la Responsabilidad de Protección, así como en el análisis estratégico de conflictos del Programa de Desarrollo de Naciones Unidas (PNUD).²⁵¹

El caso de la violencia armada de los otros seis casos presentados, difiere en que los caminos posibles a través de los que la acción internacional y la gobernanza global afectan la salud y la equidad en salud, son especialmente difíciles de rastrear. Las causas fundamentales del conflicto y la violencia, son complejas y multifacéticas. Por ejemplo, la

incapacidad del Consejo de Seguridad de la ONU de actuar en Siria, habla igualmente de esta complejidad, ya que proporciona evidencia de las disparidades de poder entre los actores y la inflexibilidad de las instituciones.

Por último, las respuestas de gobernanza global al conflicto son con frecuencia compartimentalizadas en temas de seguridad, justicia y tensiones económicas, en lugar de ser desarrolladas a través de un enfoque intersectorial mediante el cual la diplomacia, la seguridad, el desarrollo y las evaluaciones humanitarias y las respuestas sean integradas.⁵ Para crear un mundo más seguro para todos, la inequidad y la injusticia mundial debe ser abordado con continuidad sin fisuras. La existente situación sugiere la necesidad urgente de establecer mecanismos para reuniones regulares y discusiones sobre qué hacer en partes específicas del mundo para evitar el surgimiento de conflictos armados - mecanismos que unan las actuales divisiones institucionales.

Por otra parte, la seguridad, la justicia y la seguridad económica⁵ son determinantes clave de las sociedades estables y saludables. Para crear un mundo más seguro y para todos, las cuestiones de desigualdad global y la injusticia deben ser atendidas. La Comisión propone que la lucha contra los determinantes política de la salud es un paso importante en esta dirección.

Barreras contra la gobernanza global para la salud

Análisis a través de las áreas de intervención de política

En la sección anterior se analizó la política de siete áreas de intervención y se exploró las vías a través de las cuales los determinantes políticos globales afectan la equidad en salud. En esta sección nos fijamos en todos los casos para mostrar cómo las normas y prioridades que compiten pueden poner en peligro los logros en la salud global, e identificar cinco errores en el sistema que impiden la realización de la gobernanza global para la salud.

Las asimetrías de poder y las normas de la competencia

Los resultados adversos en la salud, observados a través de casos ejemplos, como la desnutrición, intoxicación por residuos tóxicos y las lesiones y el trauma causado por las guerras y los conflictos, podrían ser tratados en muchas instancias por personal de salud en un sistema adecuado y en funcionamiento. Pero en muchos casos, estos resultados adversos para la salud afectan sistemáticamente a las personas más vulnerables - por ejemplo, los pobres, los que viven en situaciones de conflicto y aquellos que sin derechos legales adecuados - quienes tienen poco o no cuentan con acceso a servicios de atención de salud decente. Además, incluso con el mejor de los servicios de salud disponibles, las causas fundamentales de estos resultados evitables en salud están fuera de alcance del sector salud para hacer frente por sí solo. La injusticia en la distribución de los riesgos para la salud y los efectos en la salud, como se muestra en los ejemplos de casos, requiere

intervenciones de políticas intersectoriales globales que reflejen el valor de la salud y el bienestar humano.

Los ejemplos de casos muestran que la salud y el bienestar son en muchas instancias subordinadas a otros objetivos de la sociedad. Por ejemplo, el caso de la crisis financiera y austeridad, muestra cómo la salud y el bienestar de las personas están siendo comprometidos como resultado de formulación de políticas económicas internacionales. Además, la gobernanza global contemporánea también permite a los beneficios de lucro de actores privado desplazar a los objetivos de salud y sociales - por ejemplo, la manera en que fuertes tratados internacionales de inversión y las reglas del comercio anulan las políticas sociales, como se ve en el caso del tabaco y el ADPIC.

Las normas mundiales, hemos argumentado, limitan la gama de elección y limitar la acción, pero también a veces proporcionan oportunidades. Los derechos humanos es una de estas oportunidades.⁵⁵ Pero hemos visto que el poder del mercado a menudo sustituye el poder de las normas sobre derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Asimismo, los países ricos en recursos naturales pueden dar prioridad a otros objetivos pasando sobre acuerdos internacionales sobre derechos humanos, como en el caso de los grupos de migrantes ilegales vulnerables. La Declaración Universal de Derechos Humanos necesita ser revitalizada, y como una norma que podría encontrar mutuo reforzamiento si se combina con la creciente convocatoria pública de una distribución más justa de dinero, energía y recursos que existe en la actualidad.

Hemos visto cómo las asimetrías de poder desafían la acción colectiva a través de una amplia gama de áreas políticas globales y obstaculizan la realización de gobernanza global para la salud. Las normas, reglas y prácticas generadas en estas circunstancias no son adecuadas para hacer frente a la inequidad en salud. Sin embargo, la comprensión de cómo surgen estos determinantes políticos globales de la salud requiere de una investigación más profunda de donde se originan las debilidades en los mecanismos de gobernanza. En última instancia, si la gobernanza global tiene consecuencias benéficas o nocivas depende de cómo se practica.

El diagnóstico de las debilidades sistémicas

Las diferencias de poder que existen entre diferentes países y otros actores son una causa importante de fallas sistémicas en la gobernanza global. Los actores que se benefician de estas disparidades de poder, dan forma a cómo las reglas del juego están escritas; y una vez escritas, las reglas se pueden utilizar para mantener tales disparidades. Hemos identificado cinco fallas sistémicas (tabla). En primer lugar, el déficit democrático: la participación y la representación de algunos actores, como la sociedad civil y expertos en salud, es insuficiente en procesos de toma de decisiones. En segundo lugar, débiles mecanismos de rendición de cuentas: los medios por los cuales el poder puede ser limitado y hacerse responsable a la personas que afectan son débiles y apoyado insuficiente por procesos de transparencia de los gobiernos.²⁵² En tercer lugar, la rigidez institucional: normas, reglas y procedimientos de toma de decisiones son inflexibles y difíciles para

reformar (sobre todo cuando se mantienen atrincherados los intereses), y por lo tanto refuerzan consecuencias perjudiciales en salud y las desigualdades. Cuarto, inadecuados espacios políticos a través de los sectores: el medio por el que la salud se puede proteger tanto a nivel nacional como a nivel mundial son insuficientes, es decir, que en los foros mundiales fuera del sector de la salud donde se formulan políticas exteriores, la salud puede estar subordinada a otros objetivos, tales como los objetivos económicos o de seguridad. Finalmente, instituciones ausentes o nacientes: instituciones internacionales (por ejemplo, los tratados, los fondos, los tribunales y las formas más suaves de la regulación como las normas y directrices) para proteger y promover la salud son o bien totalmente o casi ausente.

	Crisis económica y austeridad	Acceso al conocimiento y a la propiedad intelectual	Acuerdos de inversión	Seguridad alimentaria	Corporaciones transnacionales	Migración ilegal	Violencia organizada
Déficit democrático	..	✓	✓	✓	..	✓	..
Débiles mecanismos de rendición de cuentas	✓	..	✓	✓	✓	✓	✓
Rigidez Institucional	..	✓	✓	✓	✓
Instituciones ausentes	✓	✓	..	✓	✓	✓	✓
Espacios políticos para la salud	✓	✓	✓	..	✓	✓	✓

Tabla: Fallas en el sistema que impiden la GG para la salud

Déficit democrático

Como se ha visto a través de los casos, los arreglos de la gobernanza global con frecuencia, no reflejan las normas democráticas, tales como la igualdad de derechos de participación, justa representación, transparencia y rendición de cuentas – un problema a menudo llamado el déficit democrático. Más allá del estado, estamos muy lejos de cualquier cosa parecida a la democracia mundial, ya que los procesos de toma de decisiones a nivel internacional no funcionan según el principio de "una persona, un voto". Más bien, los principios se basan en "un estado nación, un voto", o en algunos ámbitos y para los más poderosos "un estado nación, muchos votos." En el FMI y el Banco Mundial, los países más ricos tienen mucha mayor influencia sobre la formulación de políticas que países menos ricos. Por lo tanto, ellos tienen una mayor capacidad de promover sus intereses y valores a través de las instituciones financieras internacionales, lo que hacen a países menos poderosos, cuyos ciudadanos son a menudo los más propensos a ser afectados directamente por las políticas resultantes. El déficit democrático es aún mayor fuera de los acuerdos de instituciones multilaterales. Por ejemplo, en negociaciones regionales o bilaterales sobre los acuerdos comerciales o de inversión, no existen reglas fijas para la elección, la participación o la transparencia.

Los actores del sector privado, como las organizaciones de la sociedad civil, grupos marginados y expertos en salud también son incluidos inadecuadamente en los procesos de toma de decisiones a nivel internacional. El potencial de participación de estos actores en los procesos de gobernanza mundial ha mostrado cambios progresivos en los últimos 20 años. Por ejemplo, la sociedad civil y un grupo, en su mayoría, de pequeños y medianos países se movilizaron para hacer una realidad que el Tratado de Ottawa prohíba las Minas. Por otra parte, el Estatuto de Roma en 1998, que condujo a la formación de la CPI como una institución permanente, fue el resultado de un grupo de 60 países y una coalición de ONG de 700 miembros, que tuvo éxito a pesar de la oposición de los miembros permanentes del Consejo de Seguridad de la ONU.²⁵³

En el siglo XXI, el impulso a la participación ha adquirido importancia, como se muestra mediante el acoplamiento de la sociedad civil y los ciudadanos a través los medios sociales de comunicación durante las reuniones intergubernamentales, como la Asamblea Mundial de la Salud. En la ONU, abrir consultas en línea se han vuelto cada vez más común, tales como el movimiento El Mundo que Queremos, que permitió a los individuos y las organizaciones de la sociedad civil a presentar propuestas vinculadas a las negociaciones sobre la agenda de desarrollo post-2015, junto con los estados y las organizaciones multilaterales.

Los diálogos y los acuerdos de asociación con la sociedad civil y el sector privado se están expandiendo a lo largo del sistema multilateral. La estructura tripartita de la OIT es uno de los más inclusivos en el sistema de la ONU. El Comité de Seguridad Alimentaria Mundial permite la participación significativa tanto de actores estatales y no estatales, así como la OMC y el Consejo de Seguridad de la ONU han estado bajo presión para permitir una mayor participación de otros actores estatales y actores privados. La OMC permite a los actores de la sociedad civil atender reuniones ministeriales y sesiones informativas regulares,²⁵⁴ y pública el acceso a los documentos oficiales que la OMC ha perfeccionado.²⁵⁵ Sin embargo, las oportunidades de la sociedad civil para influenciar los procesos de decisión son generalmente pobres y separados de los procesos de formulación de políticas regulares de la OMC.²³⁸ En comparación, la industria puede tener más acceso privilegiado a los delegados nacionales, que puedan aportar sus propuestas en la mesa de negociación.²⁵⁵

A pesar de los avances hacia procesos de gobernanza global más inclusivos, el déficit democrático sigue siendo una característica central de la mayoría de los procesos de gobernanza global.

Mecanismos de rendición de cuenta débiles y poca transparencia

La rendición de cuentas puede ser entendida como "un medio para limitar el poder y que sea responsivo a las personas que afecten, especialmente las personas que tienden a ser de alguna manera marginados y silenciados".²⁵² En el presente complejo de gobernanza global, que consiste en una gama de estado y actores privados, sin embargo, es difícil unir los mecanismos de rendición de cuentas a un proceso individual de toma de decisiones o

a un actor específico. La responsabilidad de las reglas, las normas y las políticas, por sus efectos en la salud, que emanan de los procesos de gobernanza global pueden recaer en una serie de diferentes actores, en lugar que con cualquiera de forma aislada.²⁵²

A nivel internacional, son débiles los medios por los cuales la rendición de cuentas se puede garantizar. No existe ninguna autoridad política mundial para responsabilizar a los estados cuando violan o incumplen lo acordado internacionalmente sobre reglas, normas y estándares, tal como se observó en el caso de la migración. Tampoco existen los mecanismos de rendición de cuentas adecuados para los actores del sector privado, tales como empresas transnacionales que pueden moverse entre los territorios con relativa facilidad y suelen ser más poderosos y con más recursos que los gobiernos que deben regularlos, como se vio con el ejemplo de Trafigura en Costa de Marfil. Además, aunque las políticas de las instituciones financieras internacionales, tales como el Banco Central Europeo y el FMI, puede tener efectos sustanciales y generalizados en la salud, como se señala en el caso de la austeridad en Grecia, las líneas de responsabilidad entre esas instituciones y los ciudadanos a quienes afectan son débiles, en el mejor de los casos.⁷⁹



La transparencia es un principio de buena gobernanza, ampliamente reconocido y un poderoso método a través del cual la rendición de cuentas se puede fortalecer. Sin embargo, aunque actores de la gobernanza global idealmente deberían responder a una comunidad mundial de partes interesadas,⁹⁷ algunas instituciones globales y los procesos de gobierno no funcionan, incluso con un mínimo nivel de transparencia. Por ejemplo, el comercio y los acuerdos de inversión todavía se negocian entre los gobiernos a puertas cerradas. Del mismo modo, la controversias sobre inversión entre los estados y las empresas se cubren en el secreto, aun cuando los principales asuntos de interés público (por ejemplo, la legislación de control del tabaco o patentes de medicamentos) se encuentran puestas en agenda.²⁵⁶ La apertura de estos procesos al escrutinio público mejoraría las posibilidades de problemas públicos -incluyendo la salud - teniendo en cuenta, y así fortaleciendo su legitimidad. En la gobernanza del medio ambiente, la sociedad civil ha sido fundamental en la creación de presión para una mejor rendición de cuentas a través de la transparencia.²⁵⁷

Aunque la participación más amplia y la transparencia en la gobernanza global pueden mejorar la rendición de cuentas, la información no es suficiente cuando existen pocos medios para el proceso de toma de decisiones. Los medios por el que las decisiones pueden ser desafiadas o los problemas solucionados, tradicionalmente realizadas a nivel nacional a través de los tribunales, deben centrarse en la rendición de cuentas. En los ejemplos discutidos de violaciones de las normas de derechos humanos por parte de actores públicos y privados, el ejercicio de la jurisdicción internacional de un tribunal ha sido una característica notable de esfuerzos para fortalecer la rendición de cuentas. Sin embargo, aunque se han tratado pocos casos importantes, tal jurisdicción se utiliza poco.

Por ejemplo, durante sus primeros 10 años de existencia, la CPI sólo oyó diez casos y condenó sólo una persona.²⁵⁸

En el complejo de gobernanza contemporánea, todavía no disponemos de medios suficientes para garantizar la rendición de cuentas del estado y del sector privado sobre las consecuencias en la salud de sus acciones.

Rigidez institucional

La capacidad de las instituciones internacionales para adaptarse a los cambios del entorno sin dejar de ser resistentes a las reformas oportunistas por parte de actores que buscan influencia indebida, es crucial para que las instituciones sigan siendo legítimas y efectivas. Sin embargo, una vez que se crean instituciones internacionales, el poder también puede enquistarse y los que tienen poder a menudo se entregan a él. Esta rigidez institucional hace que sea difícil reformar las instituciones para que evolucionen con los tiempos; y por las reglas establecidas, las personas desfavorecidas se enfrentarán a desalentadores desafíos al tratar de cambiarlos.

Como se discutió en el caso del conflicto violento, muchas instituciones de gobernanza global - construidas para la etapa inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial en todo el mundo han sido objeto de escrutinio como "obsoletas y anacrónicas", después de haber sufrido "casi ninguna reforma institucional formal para que sean más relevantes para el siglo XXI ".⁹⁷ La estructura anacrónica del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, con los vencedores de la Segunda Guerra Mundial reteniendo permanente posiciones, y acuerdos como el ADPIC y el Acuerdo de Agricultura que no puede ser modificado sino con pleno consenso de todos los miembros de la OMC, son ejemplos de rígidas instituciones que crean un fuerte sesgo a favor del status quo. También existen otros ejemplos, como el las dificultades en la reforma del Consejo Económico y Social de la ONU²⁵³ y la renuencia a abrir el gobierno de OMS a un mayor número de interesados.

Por lo tanto, las estructuras institucionales que favorecen a actores poderosos casi impiden la reforma, ya que existe poco incentivo para tales actores para permitir un cambio en las reglas si hacerlo significa ceder poder. Como resultado, las reglas están sesgadas en favor del status quo y los intereses se afianzan. Sin embargo, esto no significa que la reforma sea imposible. La Comisión de Derechos Humanos de la ONU, criticada por permitir que los estados miembros, con muy pobres historiales de derechos para bloquear resoluciones, se reestructuró, en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Aunque este cambio no se refirió a muchas debilidades subyacentes de la arquitectura de la ONU en materia de derechos humanos, se hizo el historial de estados miembros en materia de derechos humanos, un factor importante para obtener un lugar en el Consejo, que es un paso importante adelante.

La rigidez institucional puede conducir a algunos actores a buscar estrategias alternativas o crear nuevas instituciones en su totalidad. Una tendencia en el nuevo milenio ha sido un

crecimiento de pluralismo en la gestión pública, con los países torneado, por ejemplo, a nivel regional, nuevas agrupaciones basadas en intereses comunes las iniciativas multipartidarias y estándares voluntarios.⁹⁷ Del mismo modo, los países BRICS recientemente anunciaron que su objetivo es establecer un nuevo banco de desarrollo, señalando una insatisfacción con el gobierno de los bancos multilaterales existentes.²⁵⁹

Aunque la rigidez institucional puede ser abordada para proteger mejor y promover la salud, sigue siendo un obstáculo importante para la reforma de las instituciones actuales.

Inadecuado espacio político para la salud

Elaboración de normas internacionales ha proliferado, con el número de organismos internacionales, conferencias y tratados multilaterales incrementando de 2900 en 1981 a 4900 en el 2003. Esta tendencia ha producido un sistema de superposición, conflictos y conjuntos anidados de reglas (a veces llamada complejidad régimen),²⁶⁰ que pueden imprecisar obligaciones y responsabilidades y complican la rendición de cuentas. Aunque, cada vez más reconocido el hecho de que la salud está afectada por la toma de decisiones fuera del sector de la salud, el espacio político adecuado para la salud aún no se ha asegurado dentro de otros sectores.

Aunque algunos estándares mundiales, como el CMCT y los tratados que rigen el comercio de toxinas, pueden aumentar espacio político para la protección de la salud, otros estándares globales pueden reducir este espacio. La principal debilidad del sistema es que, a menudo, los problemas de salud son subordinados a otros objetivos, como el crecimiento económico o la seguridad nacional. La lucha por crear un espacio de políticas para la salud se pone de manifiesto en el ejemplo de las reglas de inversión que atan las manos de los gobiernos para regular el tabaco. Incluso el existente espacio político se ve amenazado, ya que los actores buscan nuevas reglas que estén fuera de su alcance en ámbitos multilaterales, como disposiciones TRIPSplus sobre los acuerdos comerciales regionales que limitan las garantías contenidas en los ADPIC.

Sin embargo, los estados también pueden preservar el espacio político para la salud mediante la renegociación, retirarse o negarse a suscribirse a las normas internacionales que socavarán la salud pública. El espacio de políticas también puede ser protegido a través de disposiciones especiales para proteger la salud, como la delimitación del gasto social en respuesta a las crisis financieras o la creación de las excepciones de la salud en los tratados de comercio e inversión para control del tabaco, las drogas y la alimentación. Por último, el espacio político puede construirse cuando las reglas globales se implementen a nivel nacional.

Los procesos nacionales de formulación de políticas, como las negociaciones entre los ministerios de salud y comercio, puede ser tan importante como procesos mundiales para la protección del espacio político para la salud en todos los sectores. La salud en todas las políticas,²⁶¹ es un enfoque que se basa en lo que pueden hacer los ministerios de salud

para abogar por la salud a través de los demás ministerios del gobierno a nivel nacional. Sin embargo, hacer este enfoque operativo y efectivo a nivel de la GG es más difícil. Por ejemplo, la OMS hasta ahora no ha sido capaz de abrir un espacio para el diálogo de políticas inclusivas de otras organizaciones intergubernamentales, gobiernos y actores del sector privado. La afiliación de las organizaciones intergubernamentales, representado por los ministerios de salud, asegura el compromiso suficiente con un conjunto más amplio de actores para afrontar retos complejos, como los determinantes sociales de la salud, los crecientes desafíos de las enfermedades no transmisibles y las amenazas de las pandemias a la seguridad de la salud, el cambio climático, la violencia y las crisis humanitarias. Esta situación ha limitado la efectividad de la OMS, por lo que es incapaz de coordinar un enfoque coherente que une la voluntad política y pública con el sector privado preparándolos para actuar sobre las políticas y regulaciones necesarias.

Las instituciones débiles para proteger la salud en otros sectores - sectores especialmente políticamente poderosos como el comercio y la seguridad - siguen siendo una debilidad importante del sistema de gobernanza global, y tal debilidad deben ser dirigida tanto a nivel mundial como nacional.

Instituciones ausentes o incipientes

A pesar de la proliferación de la gobernanza mundial, todavía existen importantes problemas de salud para los cuales las instituciones transnacionales están ausentes, o en el mejor de los casos son nuevas. Por ejemplo, las instituciones que gobiernan actores o cuestiones internacionales no estatales (por ejemplo, grupos armados, redes de tráfico ilegales, corporaciones transnacionales) a menudo o no existen o son inadecuados para la tarea. La globalización económica ha superado el ritmo de la globalización política - es decir, el desarrollo de instituciones que podrían regir la efectividad del mercado global y proteger a las sociedades contra los fallos del mercado. Como se ve en el caso de la seguridad alimentaria, la especulación en los mercados de alimentos llevaron a la volatilidad los precios, y la ausencia de instituciones efectivas para prevenir o contrarrestar este problema creó inseguridad alimentaria en las poblaciones que ya son vulnerables. Otros ejemplos de mercados transnacionales insuficientemente regulados incluyen los mercados financieros, el comercio de armas, tráfico de humanos, la comercialización de alimentos poco saludables y vertido de residuos tóxicos transfronteriza.

A veces las normas o reglas pueden ser acordadas, pero los mecanismos de aplicación siguen siendo débiles. Por ejemplo, la migración de los trabajadores de salud de países pobres a ricos es regida por la el Código Mundial de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud, pero este sistema no tiene mecanismos de aplicación. En otros casos, los reglamentos siguen siendo incompletos. A pesar de recientes avances en la regulación del comercio de productos químicos nocivos, ejemplificado por la Convención de Minamata sobre Mercurio en el 2013,¹⁹⁰ sólo 22 de

miles de productos químicos potencialmente dañinos están sujetos a los tratados internacionales que rigen movimientos transfronterizos. Algunos defensores han llamado a un amplio régimen mundial de productos químicos para reemplazar el existente enfoque poco sistemático.²⁶² Además, como se señala en el caso de la migración, los gobiernos han sido reacios a articular normas internacionales para la protección de migrantes de ilegales.

Algunos temas están sujetos a sistemas fragmentados de regulaciones que no tienen autoridad clara. Por ejemplo, ninguna autoridad tiene la responsabilidad o capacidad para abordar la seguridad alimentaria. Más bien, la seguridad alimentaria en la actualidad depende de una multitud de interrelacionada, y a veces normas y reglas internacionales conflictivas. A pesar de iniciativas importantes, como el trabajo de alto nivel de fuerza de la ONU en la seguridad alimentaria mundial, las decisiones individuales de los gobiernos, consumidores, la industria y los inversores pueden afectar el suministro mundial de alimentos en gran parte sin coordinación y no reglamentada.

El conjunto de instituciones transnacionales incipientes para proteger la salud, tales como los estándares voluntarios, debe reforzarse y las nuevas instituciones y regulaciones podrían ser necesarias cuando las operaciones e intereses de algunos actores entren en conflicto con la salud y el bienestar de las personas.

Abordando los determinantes políticos de la salud

Aprovechando el poder de las normas, el conocimiento y las instituciones responsivas

Las estructuras y procesos existentes de gobernanza global son fragmentados e incapaces de manejar los amplios desafíos intersectoriales e interconectados que impiden una efectiva gobernanza global para la salud. Además, no se aminoran adecuadamente las principales disparidades de poder que siguen caracterizando la política global para asegurar la equidad en salud. Desequilibrios en el poder seguirán siendo una característica central de la gobernanza global, pero procesos más abiertos y equitativos para la generación y difusión del conocimiento permitiría que el status quo ser cuestionado.

Se necesita un cambio transformacional en la manera en que las políticas y las decisiones globales que afectan la salud, y en las normas que las informan. Una nueva e interconectada agenda global para el desarrollo sostenible requerirá una distribución más democrática del poder político y económico y una arquitectura de la gobernanza global transformada, capaz de superar las barreras creadas por la turba de guerras, acción fragmentada e intereses nacionales que actualmente ponen al medio ambiente y la salud humana en situación de riesgo.

Hemos argumentado que las fuentes de inequidad en salud son intersectoriales por naturaleza y demandan respuestas intersectoriales. Por lo tanto, hacemos un llamado a los gobiernos, que como miembros de las organizaciones y plataformas internacionales de todos los sectores (es decir, la OMS, la OMC, el FMI, el Banco Mundial, la FAO, el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, la OIT, el ACNUR, el PNUD, UNCTAD, y el Consejo de Derechos Humanos de la ONU) tienen la capacidad para iniciar una agenda intersectorial para el cambio en busca de una salud sostenible y el bienestar para todos. El apoyo a un programa de este tipo debe ser buscado entre los actores del sector privado, la sociedad civil, las organizaciones filantrópicas, los medios de comunicación, los mercados y el mundo académico.

Agenda para el cambio: convocar, informar y monitorizar

Es probable que cualquier propuesta de reforma o creación de nuevas instituciones mundiales se enfrenten a los mismos obstáculos y disfunciones que han sido identificados en el presente informe, tales como la asimetría de poder, déficit democrático y rigidez institucional. Las voces de las personas y el imperativo de la causa debe ser en última instancia, las que impulsen el cambio y hacen responsables a los dirigentes nacionales y globales. Las personas sanas son tan importantes como la salud del planeta y se deben tomar medidas para superar las más importantes limitaciones, como el ausentismo de las instituciones o instituciones incipientes, débiles mecanismos de rendición de cuentas y el espacio político inadecuado. Este proceso requerirá de agentes de cambio y preparación para cambiar, tanto dentro de la ONU, entre los líderes políticos del mundo, dentro de los movimientos sociales y en el sector privado.

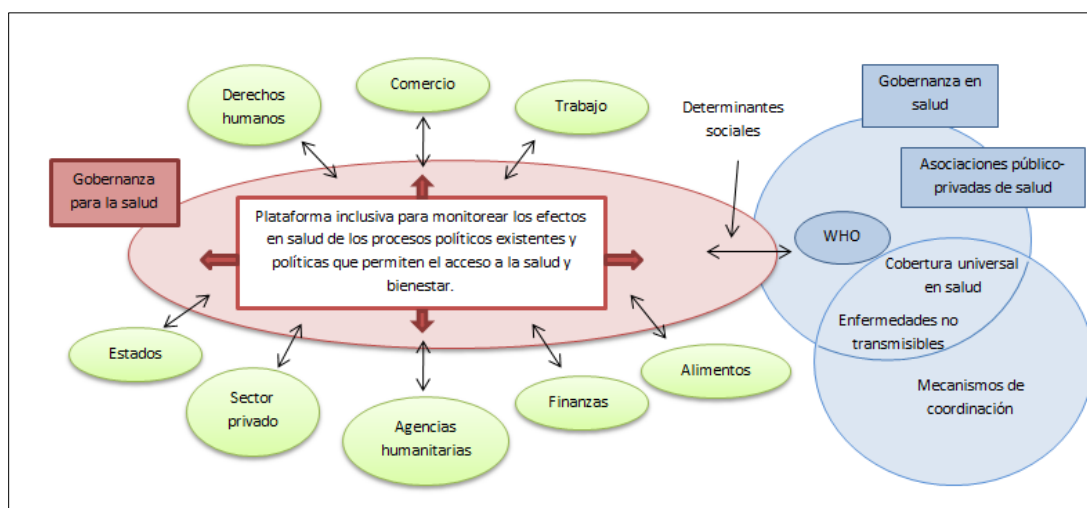


Figura: Plataforma Multisectorial de la ONU

La Comisión ofrece dos propuestas para llenar las lagunas existentes en el marco institucional de la gobernanza global para la salud, lo que podría estar al alcance como una agenda para el cambio y debe estudiarse más a fondo: una Plataforma de múltiples interesados en la gobernanza global para la Salud y un Panel de Supervisión Científico Independiente en el Determinantes Globales políticos y sociales de la Salud en la ONU. Estas propuestas también podrían ampliarse para incluir evaluaciones de impacto obligatorias en equidad en salud para todas las instituciones mundiales y sanciones reforzadas contra los actores privados por violaciones de derechos humanos. Como acción inmediata, los gobiernos y el Consejo de Derechos Humanos de la ONU podrían reforzar el papel de los instrumentos existentes en derechos humanos para la salud. Estas propuestas deben ser consideradas dentro del contexto más amplio de, y como contribución a, discusiones globales sobre la manera de fortalecer la gobernanza global para el desarrollo sostenible.

Una Plataforma Multisectorial de la ONU sobre la gobernanza mundial para la salud

Las políticas, reglamentos y acciones con mayor implicancia sobre la salud, están compartimentadas a través de diversas instituciones y procesos en el sistema de gobernanza global, con una atención insuficiente a las formas en que están interconectados y cómo interactúan. Para habilitar las políticas globales para la salud y el bienestar sostenible, la Comisión propone que se considere una Plataforma de múltiples interesados en la gobernanza global para la salud. Extraer lecciones del Comité de la FAO sobre la Seguridad Alimentaria, tal plataforma podría comprometer a los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales (en las áreas de finanzas, comercio, trabajo, alimentos, medio ambiente, derechos humanos, migración y seguridad y paz), y no estatales, incluidos la sociedad civil, expertos académicos y de negocios. Este enfoque es en gran medida compatible con las propuestas del Secretario General de la ONU sobre fomentar la renovación de asociaciones mundiales.⁵⁸

La legitimidad de la Plataforma (figura) deriva de las Naciones Unidas y sirve de foro político (no una plataforma de financiación) que proporciona espacio para las diversas partes interesadas para enmarcar las cuestiones, agendas, examinar y debatir políticas en construcción, que tendrían un efecto en la salud y la equidad en salud e identificar las barreras y proponer soluciones para los procesos políticos concretos. Participarán y revisarán la información, las normas influyentes y opiniones, y guiarán la acción haciendo recomendaciones sobre la toma de decisiones de los organismos de los estados participantes, el mercado y los actores intergubernamentales de la sociedad civil. Al hacerlo, la Plataforma puede responder al desafío de mecanismos de rendición de cuentas débiles a nivel mundial por la creación de un espacio público en el que se espera que los actores respondan por las consecuencias en la salud de sus acciones. La Plataforma representará una oportunidad para responder a lo que hemos descrito como rigidez institucional. Sus recomendaciones deben ser totalmente transparentes, con acceso abierto a toda la información acerca de las decisiones en el foro de la política y de sus

entradas y resultados, incluyendo el asesoramiento sobre políticas específicas presentadas a los actores participantes y sus organismos de gobierno. La complejidad de esta idea requiere necesariamente un proceso de consultas con las instituciones clave, gobiernos y todas las demás partes interesadas, aclarando los términos de referencia de la Plataforma, el liderazgo y la ubicación de la secretaría (panel 5).

El proceso de dar forma a la agenda de desarrollo post-2015 se espera que subraye la necesidad de revisión y reforma de la arquitectura de las instituciones multilaterales mundiales, con el objetivo de formar un sistema de gobernanza global más interconectado, inclusivo y simplificado. La gobernabilidad para la salud y bienestar sostenible requerirán este tipo de reformas y la propuesta Plataforma Multisectorial de la ONU representaría un paso en esta dirección, lo que permite un diálogo político más inclusivo, más integrado, y más coherente en las instituciones y sectores.

La Plataforma sería independiente de los procesos regulares de gobernanza de la salud de la OMS y sus asociados en la arquitectura de la salud (por ejemplo, el sector público y el privado asociaciones para la salud), pero incluiría la OMS entre sus miembros y beneficiarse de la orientación normativa y el liderazgo que la OMS puede proporcionar en calidad de organismo de las Naciones Unidas responsable de la salud. La Plataforma tomaría sobre el diálogo político temas y actores que van más allá del sector de la salud, y de este modo completaría y reforzaría la capacidad de la OMS para servir en su función para la gobernanza global de la salud. Tal enfoque prestaría apoyo a la OMS en su trabajo sobre las respuestas políticas multidisciplinarias sobre enfermedades no transmisibles y añadiría fuerza a la promoción de la agenda cobertura universal de salud y a iniciativas para abordar los determinantes sociales de la salud.

Un Panel de Monitoreo Científico Independiente sobre Determinantes Globales Sociales y Políticos de la Salud

La Comisión también propone la creación de un Panel de Monitoreo Científico Independiente sobre Determinantes Globales Sociales y Políticos de la Salud, basado en una red de instituciones académicas y de centros de excelencia en todas las regiones del mundo. El Panel desplegará los mejores cerebros para investigar la compleja interacción de las fuerzas que conducen a los resultados de salud, los factores de riesgo para los resultados adversos en salud y la variable efectividad de los mecanismos gobernanza global para acceder y proteger la salud. La competencia o los conflictos de intereses entre las partes interesadas y los continuos debates sobre métodos de análisis crean el espacio para un mecanismo independiente de vigilancia mundial. El Panel exigirá, recibirá, evaluará, analizará, debatirá y comunicará múltiples líneas de evidencia independientes en todas las disciplinas -y proporcionará información estratégica independiente y transparente ante la ONU y otros actores que afecten gobernanza mundial para la salud.

Panel 5: Problemas por resolver en el establecimiento de la Plataforma Multisectorial de la ONU

Algunos de los puntos que tendrían que ser resueltos en un amplio y el proceso consultivo abierto que incluyen:

- Conexión formal con la ONU y participación de agencias intergubernamentales.
- Ubicación de una pequeña secretaría en una ubicación accesible y asequible.
- Formas de vincular a los mecanismos establecidos para la participación inclusiva en los organismos intergubernamentales que participan, así como a los movimientos sociales y las luchas populares contra las instituciones y las empresas que violen el derecho a la salud
- La representación de los principales grupos de actores privados, gobiernos y grupos regionales, con rotación de membresía y oportunidades especiales para países de bajos ingresos y otros interesados débiles o desfavorecidos.

El Panel debe hacer pleno uso de políticas sobre el derecho a la información para que sus actividades de vigilancia puedan informar sobre las decisiones antes de que se realicen, así como el seguimiento de los efectos de tales decisiones. Los datos tienen que ser generados de manera que complementen los sistemas existentes de información sobre resultados biomédicos y sistemas de salud, centrándose también en un análisis político de los determinantes sociales y políticos de la salud. Para desafiar el status quo, fortalecer y ampliar nuestra base de datos y la enfrentar algunas de las disparidades de poder que caracterizan el actual sistema de producción de conocimiento, el Panel debe reconocer diversas fuentes y tipos de conocimiento, e invertir en la construcción de la capacidad de investigación entre las personas cuya salud está más afectada directamente por los determinantes globales sociales y políticos de la salud.

Este tipo de investigación planteará retos adicionales, tanto en términos de definición de indicadores y garantizando independencia. El principal desafío será seguir los efectos en salud de los determinantes políticos de todos los sectores -por ejemplo, los efectos de abusos de derechos humanos en los conflictos y los de los acuerdos comerciales. La primera tarea para el Panel debe ser proponer un marco de seguimiento capaz de dirigir el progreso en la superación de los resultados adversos para la salud de los determinantes sociales y políticos.

Ya se han creado instituciones análogas, tales como el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático y la recientemente creada Plataforma

Intergubernamental sobre Biodiversidad y Servicios Ambientales, para evaluar las últimas investigaciones sobre el estado de ecosistemas frágiles del planeta. La salud de las personas, concebida en términos de bienestar y no sólo la ausencia de enfermedad, merece la misma atención.

Varias opciones se deben explorar para el establecimiento del Panel de Monitoreo Científico Independiente sobre Determinantes Globales Sociales y Políticos de la Salud. La base necesita ser un mandato de la ONU y un rol científico e independiente. Podría ser creado por los gobiernos o por actores no estatales como instituciones académicas, y debe tener una fuerte contribución de la sociedad civil. Podría ser una opción atractiva situar el Panel en las iniciativas establecidas por las propias universidades, como consorcios globales o asociaciones de instituciones académicas o centros de conocimiento.

Evaluaciones de impacto en equidad en salud

Como la investigación más independiente, basada en la evidencia sobre determinantes sociales y políticos de la salud está siendo alimentada por el sistema de gobernanza global, instituciones internacionales podrían tener el deber de hacer evaluaciones de impacto en equidad en salud de todas sus políticas y prácticas. Tales evaluaciones podrían llamar la atención sobre las amenazas de salud, proporcionar evidencia muy necesaria para quienes toman las decisiones, y el cambio de puntos de vista sobre la política, sobre todo cuando se combina con políticas de movilización.²⁶³ Por ejemplo, el FMI, el Banco Mundial, la OMC, la OMS y el Departamento de la ONU para Operaciones de Paz, todos podrían estar obligados a evaluar sus recomendaciones y políticas respecto a sus efectos en los determinantes sociales de la salud, basándose en la coordinación y el asesoramiento del Panel Independiente de Vigilancia Científica y la Plataforma Multisectorial de la ONU.

En línea con esta propuesta, el informe del Panel de alto nivel de las Naciones Unidas sobre la agenda de desarrollo post-2015, ²⁶⁴ en discusión sobre la responsabilidad social de las empresas, señala que muchos empresas reconocen " que si son socios de fiar de los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, necesitan fortalecer sus propios mecanismos de gobernanza y adoptar "informes integrados", en su desarrollo social e impacto ambiental, así como el desempeño financiero". Este compromiso podría extenderse a las evaluaciones de los efectos de las políticas en la salud y la equidad sanitaria.

Fortalecimiento de los mecanismos existentes

Las propuestas de acción inmediata

El cambio de los procesos y prácticas de gobernanza global en un sistema que aprovecha mejor los determinantes globales políticos de la salud tomarán tiempo. Por lo tanto,

nosotros también proponemos algunas medidas inmediatas que son previstas, no para acabar con las causas mismas de las inequidades en salud, sino para remediar los efectos de la distribución desigual de la salud mediante la mejora de sanciones y la seguridad.

Fortalecer el uso de los instrumentos de derechos humanos para la salud

El informe del Secretario General de la ONU, *Una vida digna para todos*,⁵⁸ destaca el creciente énfasis en una agenda basada en derechos para el desarrollo sostenible y señaló que "La gente de todo el mundo están exigiendo gobiernos más responsivos y una mejor gobernabilidad basada en los derechos". La Comisión subraya la importancia de la creación en este momento.

Aunque el sistema de derechos humanos tiene importantes mecanismos para impulsar una agenda de este tipo, la aplicación de los instrumentos de derechos humanos para la salud, incluyendo el acceso a las drogas, los derechos sexuales y reproductivos, y la violencia contra las mujeres, ha sido motivo de controversia y por lo tanto infrutilizado. Ahora, la oportunidad debe ser llevada a buscar un mejor reconocimiento de la salud como un derecho humano, integrada con otros factores sociales, económicos, políticos y los derechos civiles en la agenda de la gobernanza global. Es crucial llamar atención a violaciones de las normas de derechos humanos acordadas por parte de actores públicos y privados.

La disposición, informes y recomendaciones del Relator Especial sobre el derecho a la salud puede ser mejor utilizado para informar sobre las políticas y estrategias que afectan de salud, incluyendo el informe de Relator Especial para la Asamblea Mundial de la Salud. Los gobiernos y otros actores deben trabajar para fortalecer los vínculos entre el vigente sistema internacional de derechos humanos para hacer un mejor uso de las capacidades de vigilancia existente, con informes y guías tenido en cuenta en terrenos multilaterales, como el FMI, el Consejo de Seguridad de la ONU, la OMS, la Organización Mundial de Organización de la Propiedad Intelectual, la OMC y el Banco Mundial. Los gobiernos en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU deben ampliar las áreas de los Relatores Especiales y que incluyan auditoría de los derechos humanos en los procesos de toma de decisiones de las organizaciones internacionales. Este tema es relevante para todas las áreas políticas analizadas en el presente reporte y podría ser importante para ambas instituciones propuestas - es decir, la Plataforma y el Panel.

Fortalecer los mecanismos para las sanciones

Para fortalecer los débiles mecanismos de rendición de cuentas a nivel internacional, se necesitan mecanismos más sólidos para las sanciones. Las sanciones pueden conducir a un castigo de los actores que violen estándares de calidad acordados o para remediar por

los daños cometidos, ya sea en forma de una disculpa, el compromiso de no repetir, los cambios de política, o las reparaciones.

Aunque los tribunales nacionales pueden desempeñar un papel importante en la sanción de las violaciones, ²⁶⁴ cuando no pueden o indispuestos a tratar los casos específicos, podrían ser necesarios los tribunales internacionales. En vista de los muchos desequilibrios en el poder que pueden limitar la efectividad de los tribunales nacionales, el sistema judicial internacional es un respaldo importante para sistemas nacionales y podría ofrecer un mecanismo útil para fortalecer la responsabilidad transnacional. El sistema judicial internacional basado en el estado debe, sin embargo, ser fortalecido para abarcar una gama más amplia de actores privados y para hacer cumplir las sanciones contra una gama más amplia de violaciones.

El mosaico existente de tribunales internacionales tiene amplios vacíos, especialmente en los casos en que los actores privados son potenciales demandantes o acusados. Por ejemplo, la Corte Penal Internacional no acepta casos presentados por actores privados, tales como grupos minoritarios o de organizaciones de la sociedad civil y empresas transnacionales no pueden ser llevados ante el CPI, ya que su mandato se limita a procesar seres humanos. Además, la CPI cubre sólo una pequeña lista de violaciones. Una expansión de violaciones elegibles podrían involucrar a las normas directamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud, tales como la contaminación ambiental, la corrupción, el abuso de los derechos laborales, y la colusión en graves violaciones de derechos humanos. Reconociendo los muchos desafíos involucrados en la ampliación del mandato formal de la Corte Penal Internacional, que sugerimos como primer paso la creación de un foro regular programado en el que las organizaciones de la sociedad civil puedan presentar informes sobre presuntas violaciones que requieren una mayor atención de la corte.

Fortalecer y transformar los mecanismos de la solidaridad mundial y la responsabilidad compartida

La gobernanza mundial para la salud debe basarse en compromisos con la solidaridad global y responsabilidad compartida, basándose en compromisos nacionales e internacionales de trabajar juntos para asegurar el cumplimiento del derecho a la salud. Estos compromisos incluyen aportar un parte justa de la ayuda al desarrollo para la salud, sobre la base de la capacidad de pago, a través de medios tradicionales como innovadores. Esta visión y compromiso, encabezada por la Hoja de ruta de la Unión Africana en la responsabilidad compartida y Solidaridad Mundial para el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria,²⁶⁵ ha sido ofrecida por el movimiento contra el sida como una contribución al diálogo intergubernamental sobre la agenda de desarrollo mundial post-2015 y debe estudiarse más a fondo.

Las asimetrías de poder y la imprevisibilidad en regímenes bilaterales y multilaterales de la asistencia internacional para el desarrollo, presente en la OCDE precisan atención particular. La Comisión considera que existe una urgente necesidad de un marco para la financiación internacional que es más amplio que lo que actualmente se define como asistencia oficial para el desarrollo para asegurar el financiamiento de una agenda más universal para el desarrollo sostenible. También tomamos nota de la necesidad de una mayor atención a los instrumentos vinculantes y obligatorios, evaluado contribuciones de todos los estados de acuerdo con su capacidad de pago, según lo propuesto por el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, Anand Grover.⁸⁹ En este contexto, el financiamiento de bienes públicos mundiales relacionados con la salud también requiere renovada atención.

Mecanismos reforzados y transformados para la solidaridad mundial y la responsabilidad compartida basada en modelos de financiamiento más allá de la ayuda al desarrollo tradicional son de gran relevancia y necesidad de atención prioritaria. Algunos ejemplos son la investigación en salud que responda a las necesidades de las personas pobres y mecanismos de transferencias de protección social global.

Las propuestas han sido presentadas por muchos actores, incluyendo el Grupo Consultivo de Trabajo de Expertos de la OMS sobre Investigación y Desarrollo,¹¹⁸ para asegurar suficiente inversión en investigación y desarrollo relacionados con la salud en las zonas para las que los incentivos del mercado son insuficientes.²⁶⁶ Una de las opciones es un tratado en virtud del cual los países se comprometerían a financiar la investigación y el desarrollo de acuerdo a su capacidad de pago, mientras que la investigación estaría orientada hacia las necesidades mundiales más importantes en salud pública. Esta propuesta tendría el efecto de transferencias financieras obligatoria – aunque indirectas – de los países ricos a los países más pobres (que se beneficiaría más de la investigación). Si un tratado vinculante no es políticamente viable, una alternativa modelo podría ser un esquema no vinculante de contribución asignada, utilizado para la reposición de la Asociación Internacional para el Desarrollo (el brazo del Banco Mundial que otorga donaciones y préstamos a países de bajos ingresos), las contribuciones a las que son más o menos proporcionales a la participación de la economía global de un país.

La cobertura universal de salud se trata de "la solidaridad entre los sanos y los enfermos y entre grupos de población en todas las clases sociales"²⁶⁷ Justo como los esquemas de seguros de salud y la distribución de riesgos para los gastos médicos son centrales para la cobertura universal de la salud, la protección social es clave de toda la dimensión social del desarrollo sostenible. Podrían existir buenas razones para aplicar estos principios más allá de las fronteras estatales. Protección social global implicaría una distribución adecuada de responsabilidades nacionales e internacionales, con mecanismos para recoger y redistribuir las transferencias que basadas en deberes y derechos. Ya sea un solo fondo global de protección social de la salud⁹² sería mejor que el



actual mosaico de miles de transferencias bilaterales y multilaterales de protección social a nivel mundial, sigue siendo un tema controvertido, pero estas son preguntas importantes que necesitan ser exploradas y debatidas.

Conclusión

El mensaje general de la Comisión de Gobernabilidad Global para la salud es que la grave inequidad en salud es moralmente inaceptable y asegurar que la actividad internacional no obstaculiza a la personas a alcanzar su pleno potencial para la salud es una responsabilidad política global. Las causas profundas de la inequidad en salud no son de carácter técnico, desprovisto de conflictos de intereses y las asimetrías de poder pero ligadas a la equidad y la justicia en lugar de la variabilidad biológica. La equidad en salud debe ser una preocupación política intersectorial, ya que el sector de la salud no puede hacer frente a estos desafíos por sí solo. Una responsabilidad particular recae en los gobiernos nacionales. Instamos a los responsables de las políticas en todos los sectores, así como organizaciones internacionales y la sociedad civil, para reconocer cómo los determinantes políticos mundiales afectan las inequidades en salud, y a abrir un debate público mundial acerca de cómo pueden ser abordados. La salud es una condición previa, resultado e indicador de una sociedad sostenible y debe adoptarse como un valor universal y un objetivo social y político compartido por todos.

Colaboradores

OPO fue presidente y JD fue copresidente de la Comisión. CB, PB, VC, JF, SF-P, BPG, RG, JG, JL, MM, DM, GIM, NM, SM, AN, y GO fueron miembros de la Comisión. EB, TODOS, SM, SR, KIS, e IBS fueron los principales miembros del equipo de investigación. Todos los miembros de la Comisión contribuyeron a las ideas y recomendaciones, así como a la estructura del informe. También participaron activamente en la redacción, edición y comentarios sobre los borradores elaborados por el equipo de investigación. Todos los autores aprobaron la versión final presentada del informe.

Conflictos de intereses

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

El trabajo de la Comisión fue posible gracias a subvenciones sin restricciones de la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), el Ministerio Noruego de Asuntos Exteriores, el Ministerio de Noruega de Educación e Investigación, el Consejo de la Universidad de Oslo (Oslo, Noruega) y por el apoyo financiero y *en especie* del Instituto de Salud y Sociedad y el Centro para el Desarrollo y el Medio Ambiente (ambos de la Universidad de Oslo) y el Instituto de Salud Global de Harvard (Universidad de Harvard, Cambridge, MA, EE.UU.). Los organismos de financiación no influenciaron en la dirección, el progreso, la escritura o publicación del informe. Las finanzas

fueron administradas de acuerdo con La ley noruega, y con plena divulgación pública. Además de consejos constructivos y de entrada, Jeanette H Magnus se encargó de la base administrativa y la infraestructura para la Comisión en el Instituto de Salud y Sociedad en la Universidad de Oslo. Estamos muy agradecidos con Harald Siem, que jugó un papel importante en el establecimiento de la Comisión y dirigió la Secretaría de la Comisión a través del proyecto de en su primera fase, hasta el verano del 2012. Valiosa asistencia en la investigación fue proporcionada por Emmanuella Asabor, Lotte Danielsen, Unni Gopinathan, Just Haffeld , Sverre O Lie, Diego Solares, Larissa Stendie, Elina Suzuki, Romery Wyber y Alyssa Yamamoto. También agradecemos a Maren O Kloster por su asistencia técnica y Svein Hullstein por su apoyo administrativo. Estamos muy agradecidos a los comentarios perspicaces y constructivos y al aporte de Ron Labonté sobre para el borrador de informe en varios etapas. Damos un agradecimiento especial al Movimiento por la Salud de los Pueblos, que contribuyó con seis documentos de antecedentes a través de un grupo editorial que conformado por Bridget Lloyd, David Sanders, Amit Sengupta y Hani Serag. Los autores de estos artículos de referencia fueron Susana Barría, Alexis Benos, Anne- Emanuelle Birn, Chiara Bodini, Eugene Cairncross, Sharon Friel, Sophia Kisting, Elias Kondilis, David Legge, Mariette Lieff erink, Baijayanta Mukhopadhyay, Lexi Bambas Nolen, Jagjit Plahe, Farah M Shroff, Angelo Stefanini, Anne-Marie Thow, Pol De Vos, David van Wyk y Aed Yaghi. Tres documentos adicionales de antecedentes muy útiles fueron desarrollados por David Woodward; Bjørn Skogmo y Sigrun Mogedal; y el Oslo City Church Mission (liderado por Per Kristian Hilden, con coautores Christina Marie Brux Mburu, Arnhild Taksdal Frode Eick, Kari Gran, Hanne Haagenrud, Olav Lægdene , Linnea Näsholm , Anna Olofsson). También damos las gracias a Bruce Ross- Larson por su excelente consejo editorial; John -Arne Røttingen, que tuvo un papel importante en el inicio del proyecto; y Tim Cadman por un debate fructífero. Nuestro especial agradecimiento se extienden a la Comisión de la Juventud del Gobierno Mundial para la Salud, presidida por Unni Gopinathan, para la retroalimentación continua sobre el trabajo de la Comisión, y a la Fundación Rockefeller para la celebración de la Comisión en su central en Bellagio, Italia. También estamos muy agradecidos a Jashodhara Dasgupta y Gertrude Mongella por albergar reuniones de la Comisión en Nueva Delhi, India y Arusha, Tanzania, que involucró a un valor incalculable de contribuciones de los actores de la sociedad civil local y las autoridades nacionales.

Referencias

- 1 Kickbusch I. Mapping the future of public health: action on global health. *Can J Public Health* 2006; **97**: 6–8.
- 2 FAO, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme. The state of food insecurity in the world 2013—the multiple dimensions of food security. Rome: Food and Agriculture Organization, 2013.
- 3 WHO. Global Health Observatory (GHO)—underweight in children. http://www.who.int/gho/mdg/poverty_hunger/underweight/en/index.html (accessed June 24, 2013).
- 4 WHO. Interim report on the implementation of the Tallinn Charter. Copenhagen: World Health Organization, 2011.
- 5 World Bank. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington DC: World Bank, 2011.
- 6 UNDP. Human development report 2013. The rise of the south: human progress in a diverse world. New York: United Nations Development Programme, 2013.
- 7 ILO. World of work report 2013: repairing the economic and social fabric. Geneva: International Labour Organization, 2013.
- 8 Hall G, Patrinos HA, eds. Indigenous peoples, poverty, and development. New York: Cambridge University Press, 2012.
- 9 UN. The Millennium Development Goals report. New York: United Nations, 2012.
- 10 Fonn S, Sundari Ravindran TK. The macroeconomic environment and sexual and reproductive health: a review of trends over the last 30 years. *Reprod Health Matters* 2011; **19**: 11–25.
- 11 Wilkinson R, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. London: Penguin Books, 2010.
- 12 Stiglitz J. The price of inequality. New York: Penguin Books, 2012.
- 13 Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- 14 Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; **22**: 429–45.
- 15 Labonté R, Spiegel J. Setting global health research priorities. *BMJ* 2003; **326**: 722–23.
- 16 Birn AE. Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Soc Med* 2009; **4**: 166–82.
- 17 Ottersen OP, Frenk J, Horton R. *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, in collaboration with the Harvard Global Health Institute. *Lancet* 2011; **378**: 1612–13.
- 18 Thakur R, Weiss TG. The UN and global governance: an idea and its prospects: Indiana University Press, 2006.
- 19 Benatar SR, Gill S, Bakker I. Making progress in global health: the need for new paradigms. *Int Aff* 2009; **85**: 347–71.
- 20 Fidler D. The challenges of global health governance. New York: Council on Foreign Relations, 2010.
- 21 Szlezák NA, Bloom BR, Jamison DT, et al. The global health system: actors, norms, and expectations in transition. *PLoS Med* 2010; **7**: e1000183.
- 22 Benatar S, Brock G, eds. Global health and global health ethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- 23 Kickbusch I. Tackling the political determinants of global health. *BMJ* 2005; **331**: 246–47.
- 24 Kickbusch I. Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int* 2012; **27**: 427–28.
- 25 Global Health Watch. Global Health Watch 3. London: Zed Books, 2011.
- 26 Bamba C, Fox D, Scott-Samuel A. Towards a politics of health. *Health Promot Int* 2005; **20**: 187–93.
- 27 Lee K. How do we move forward on the social determinants of health: the global governance challenges. *Crit Public Health* 2010; **20**: 5–14.
- 28 Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med* 2013; **368**: 936–42.
- 29 Office of the Under Secretary of Defence. Welcome to the OUSD(C) public website. <http://comptroller.defense.gov/> (accessed June 21, 2013).
- 30 Stockholm International Peace Research Institute. SIPRI military expenditure database. http://www.sipri.org/research/armaments/milex/milex_database (accessed Sept 12, 2013).
- 31 Forbes. The world's biggest public companies. <http://www.forbes.com/global2000/list/> (accessed Jan 15, 2013).

- 32 Bill & Melinda Gates Foundation. Who we are—Foundation fact sheet. <http://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/General-Information/Foundation-Factsheet> (accessed April 1, 2012).
- 33 McCoy D, Kembhavi G, Patel J, Luintel A. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *Lancet* 2009; **373**: 1645–53.
- 34 Florini A. The third force: the rise of transnational civil society. Tokyo: Japan Center for International Exchange, 2000.
- 35 Haas PM. Introduction: epistemic communities and international policy coordination. *Int Organ* 1992; **46**: 1–35.
- 36 Mitchell R, Clark W, Cash D. Information and influence. In: Mitchell R, Clark D, Cash D, Dickson N, eds. Global environmental assessment: information and influence. Cambridge, MA: MIT Press, 2006: 307–37.
- 37 Price R. Reversing the gun sights: transnational civil society targets land mines. *Int Organ* 1998; **52**: 613–44.
- 38 Khagram S. Dams and development: transnational struggles for water and power. Ithaca: Cornell University Press, 2005.
- 39 Hoen E, Berger J, Calmy A, Moon S. Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *J Int AIDS Soc* 2011; **14**: 15.
- 40 Bøås M, McNeill D. Introduction. In: Bøås M, McNeill D, eds. Global institutions and development: framing the world? London: Routledge, 2004: 1–12.
- 41 Finnemore M, Sikkink K. International norm dynamics and political change. *Int Organ* 1998; **52**: 887–917.
- 42 Fukuda-Parr S, Hulme D. International norm dynamics and 'the end of poverty': Understanding the Millennium Development Goals (MDGs). Manchester: Brooks World Poverty Institute, University of Manchester, 2009.
- 43 Chakravarty S. Policy-making in a mixed economy: the Indian case. Selected economic writings. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- 44 Rodrik D. The globalization paradox: democracy and the future of the world economy. New York: Norton, 2011.
- 45 ILO. Social protection for a fair and inclusive globalization. Report of the Social Protection Floor Advisory Group. Geneva: International Labour Organization, 2011.
- 46 Schultz M, Rockström J, Öhman MC, Cornell S, Persson Å, Norström A. Human prosperity requires global sustainability—a contribution to the post-2015 agenda and the development of Sustainable Development Goals. A Stockholm Resilience Centre Report to the Swedish Government Office. Stockholm: Stockholm Resilience Centre, 2013.
- 47 Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; **375**: 1609–23.
- 48 UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and trends in child mortality—report 2012. New York: United Nations Children's Fund, 2012.
- 49 WHO. Children: reducing mortality. Fact sheet no 178. Geneva: World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> (accessed Oct 7, 2013).
- 50 World Health Organization. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities. WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 51 IHME. Financing global health 2012: the end of the golden age? Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2012.
- 52 Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012; **380**: 1011–29.
- 53 Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al, and the UNICEF Equity in Child Survival, Health and Nutrition Analysis Team. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet* 2012; **380**: 1341–51.
- 54 Ferguson J. The anti-politics machine. In: Vincent J, ed. The anthropology of politics: a reader in ethnography, theory, and critique. Malden: Blackwell, 2002: 399–408.
- 55 UN General Assembly. The universal declaration of human rights. Paris: United Nations, 1948. <http://www.un.org/en/documents/udhr/> (accessed May 13, 2013).
- 56 UN General Assembly. International covenant on economic, social and cultural rights. New York: United Nations, 1966. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (accessed May 13, 2013).
- 57 UN General Assembly. International covenant on civil and political rights. New York: United Nations, 1966. <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx> (accessed May 13, 2013).
- 58 UN Secretary General. A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015. Report of the Secretary General. United Nations General Assembly; New York, NY, USA; July 26, 2013.
- 59 Charter of the United Nations and Statute of the International Court of Justice (1945). <https://www.un.org/en/documents/charter/> (accessed Aug 19, 2013).
- 60 UN General Assembly. United Nations millennium declaration. United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Sept 8,

2000.

- 61 Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009; **373**: 1693–733.
- 62 Rydin Y, Bleahu A, Davies M, et al. Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century. *Lancet* 2012; **379**: 2079–108.
- 63 WHO. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care; Alma-Ata, USSR; Sept 6–12, 1978.
- 64 Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Oslo Ministerial Declaration—global health: a pressing foreign policy issue of our time. *Lancet* 2007; **369**: 1373–78.
- 65 Garret L. Existential challenges to global health. New York: Center on International Cooperation, New York University, 2013.
- 66 The World We Want Initiative. Health in the post-2015 agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Health. Gaborone and Stockholm: The World We Want Initiative, 2013.
- 67 UN General Assembly. The future we want. Resolution 66/288.Rio+20 United Nations Conference on Sustainable Development; Rio de Janeiro, Brazil; June 20–22, 2012.
- 68 Stuckler D, Basu S. The body economic: why austerity kills. New York: Basic Books, 2013.
- 69 Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; **381**: 1323–31.
- 70 OECD. Better life index—jobs. 2013. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/topics/jobs/> (accessed June 17, 2013).
- 71 Kondilis E, Bodini C, De Vos P, Benos A, Stefanini A. Fiscal policies in Europe in the wake of the economic crisis: implications for health and healthcare access. Background paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/globalgovernance-health/background-papers/fiscal-policies-eu.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 72 Horton R. The global financial crisis: an acute threat to health. *Lancet* 2009; **373**: 355–56.
- 73 Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009; **338**: b1314.
- 74 WHO. The financial crisis and global health: report of a high-level consultation. Geneva: World Health Organization, 2009.
- 75 Blyth M. Austerity: the history of a dangerous idea. New York: Oxford University Press, 2013.
- 76 Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; **340**: c3311.
- 77 Bradley EH, Elkins BR, Herrin J, Elbel B. Health and social services expenditures: associations with health outcomes. *BMJ Qual Saf* 2011; **20**: 826–31.
- 78 Breman A, Shelton C. Structural adjustment and health: a literature review of the debate, its role-players and presented empirical evidence. Cambridge, MA: Commission on Macroeconomics and Health, 2001.
- 79 Woodward D. A high price to pay: IMF governance, management of developing country financial crises, and health impacts. Background paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/backgroundpapers/imf-governance-health.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 80 Schoepf BG, Schoepf C, Millen JV. Theoretical therapies, remote remedies: SAPs and the political ecology of poverty and health in Africa. In: Kim JY, Millen JV, Irwin A, Greshman J, eds. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe: Common Courage Press, 2000: 91–126.
- 81 Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. *BMJ* 2009; **338**: b1891.
- 82 Howden-Chapman P, Hales S, Chapman R, Keskimäki I. The impact of economic recession on youth suicide: a comparison of New Zealand and Finland. Report 4: social explanations for suicide in New Zealand. Wellington: Ministry of Health New Zealand, 2005.
- 83 Green DJ, Campos JE. Fiscal lessons from the east Asian financial crisis. *J Asian Econ* 2001; **12**: 309–29.
- 84 Prasad N, Gerecke M. Social security spending in times of crisis. *Glob Soc Pol* 2010; **10**: 218–47.
- 85 Ruckert A, Labonté R. The global financial crisis and health equity: toward a conceptual framework. *Crit Public Health* 2012; **22**: 267–79.
- 86 OECD. Country statistical profile: Iceland (2013-1). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile/iceland_20752288-table-isl (accessed May 15, 2013).
- 87 OECD. Iceland—economic forecast summary (May 2013). Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2013. <http://www.oecd.org/economy/icelandeconomicforecastsummary.htm> (accessed Sept 18, 2013).
- 88 Ortiz I, Cummins M. The age of austerity: a review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries. New York: Initiative for Policy Dialogue, 2013.

- 89 Phillips L. ECB austerity drive raises fears for democratic
- 90 ILO. Global employment trends 2013: global unemployment rising again but with significant differences across regions. Geneva: International Labour Organization, 2013. http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_202320/lang-en/index.htm (accessed Oct 7, 2013).
- 91 De Schutter O, Sepúlveda M. Underwriting the poor—a global fund for social protection. Geneva: Office of the UN High Commissioner for Human Rights, 2012. http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Food/20121009_GFSP_en.pdf (accessed May 15, 2013).
- 92 Ooms G, Stuckler D, Basu S, McKee M. Financing the Millennium Development Goals for health and beyond: sustaining the 'Big Push'. *Glob Health* 2010; **6**: 17. 93 Ooms G, Hammonds R, Van Damme W. The international political economy of global universal health coverage. Background paper for the Global Symposium on Health Systems Research; Montreux, Switzerland; Nov 16–19, 2010. HSR/BCKGRT/3/2010.
- 94 Ooms G, Hammonds R. Global governance of health and the requirements of human rights. *Glob Policy* 2012; **3**: 476–79.
- 95 UN. Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/67/302). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Aug 13, 2012.
- 96 European Public Health Alliance. Open letter to the European Council—EU leaders must focus on sustainable, equitable Europe that fosters, and is sustained by, a healthy population. European Public Health Alliance, 2012.
- 97 Woods N, Betts A, Prantl J, Sridhar D. Transforming global governance for the 21st century. New York: Human Development Report Office, 2013.
- 98 Weisbrot M. IMF and World Bank are losing clout in developing countries. *The Guardian*, May 31, 2013.
- 99 Waterfi eld B. EU put eurozone safety before Greece during bailout, IMF report claims. *The Telegraph*, June 5, 2013.
- 100 Labonté R, Schrecker T. Globalization and social determinants of health: the role of the global marketplace (part 2 of 3). *Glob Health* 2007; **3**: 6.
- 101 Chatterjee P. India's first compulsory licence upheld, but legal fights likely to continue. *Intellectual Property Watch*, March 4, 2013. <http://www.ip-watch.org/2013/03/04/indias-first-compulsory-licenceupheld-but-legal-fights-likely-to-continue/> (accessed June 18, 2013).
- 102 Røttingen J-A, Regmi S, Eide M, et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet* 2013; **382**: 1286–307.
- 103 UN Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. Geneva: United Nations, 2000.
- 104 Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/11/12). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; March 31, 2009.
- 105 Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Public health, innovation and intellectual property rights: report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- 106 Al-Tuwaijri S, Currat LJ, Davey S, et al. 10/90 Report on health research 2003–2004. Geneva: Global Forum for Health Research, 2004.
- 107 Wade RH. What strategies are viable for developing countries today? The World Trade Organization and the shrinking of 'development space'. *Rev Int Pol Econ* 2003; **10**: 621–44.
- 108 The Harvard Library. Faculty Advisory Council memorandum on journal pricing—major periodical subscriptions cannot be sustained. The Harvard Library, 2012. <http://isites.harvard.edu/icb/icb.do?keyword=k77982&tabgroupid=icb.tabgroup143448> (accessed Jan 10, 2013).
- 109 Sell SK. Private power, public law: the globalization of intellectual property rights. New York: Cambridge University Press, 2003.
- 110 't Hoen EFM. The global politics of pharmaceutical monopoly power: drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health. Diemen: AMB, 2009.
- 111 Waning B, Kyle M, Diedrichsen E, et al. Intervening in global markets to improve access to HIV/AIDS treatment: an analysis of international policies and the dynamics of global antiretroviral medicines markets. *Glob Health* 2010; **6**: 9.
- 112 WTO. Declaration on the TRIPS agreement and public health. Doha: World Trade Organization, 2001.
- 113 Moran M, Giuzman J, Henderson K, et al. Neglected disease research and development: a five year review. Sydney and London: Policy Cures, 2012.
- 114 NIH. The NIH Almanac: Appropriations (section 2). Bethesda: US National Institutes of Health, 2011. <http://www.nih.gov/about/almanac/appropriations/part2.htm> (accessed Jan 20, 2011).
- 115 NIH. NIH Public Access Policy details. Bethesda: National Institutes of Health, 2013. <http://publicaccess.nih.gov/policy.htm> (accessed Jan 29, 2013).
- 116 Suber P. Ensuring open access for publicly funded research. *BMJ* 2012; **345**: e5184.

- 117 Beall R, Kuhn R. Trends in compulsory licensing of pharmaceuticals since the Doha Declaration: a database analysis. *PLoS Med* 2012; **9**: e1001154.
- 118 WHO Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 119 UN Conference on Trade and Development. Global FDI recovery derails. *Glob Invest Trends Monit* 2013; **11**: 1–7.
- 120 UN Conference on Trade and Development. Research and policy analysis. <http://unctad.org/en/pages/DIAE/International%20Investment%20Agreements%20%28IIA%29/Research-and-Policy-Analysis.aspx> (accessed June 21, 2013).
- 121 Sauvart KP, Ortino F. Improving the international investment law and policy regime: options for the future. Helsinki: Ministry for Foreign Affairs of Finland, 2013.
- 122 WHO. Tobacco. Fact sheet no 339. Geneva: World Health Organization, 2013. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/> (accessed Aug 10, 2013).
- 123 Blas E, Kurup AS, eds. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization, 2010.
- 124 WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 125 Lencucha R, Kothari A, Labonté R. The role of non-governmental organizations in global health diplomacy: negotiating the Framework Convention on Tobacco Control. *Health Policy Plan* 2011; **26**: 405–12.
- 126 Fong GT, Hammond D, Hitchman SC. The impact of pictures on the effectiveness of tobacco warnings. *Bull World Health Organ* 2009; **87**: 640–43.
- 127 Kurtz J. Big tobacco v Australia: taking the battle to the global stage. *The Conversation*, June 27, 2011. <http://theconversation.com/bigtobacco-v-australia-taking-the-battle-to-the-global-stage-2027> (accessed Aug 10, 2013).
- 128 Silverman E. \$100M brawl: Lilly, Canada & an invalidated patent. *Pharmalot*, Dec 13, 2012. <http://www.pharmalot.com/2012/12/100mbrawl-lilly-canada-an-invalidated-patent> (accessed Aug 10, 2013).
- 129 Moody G. Canada denies patent for drug, so US pharma company demands \$100 million as compensation for 'expropriation'. *Techdirt*, Feb 8, 2013. <http://www.techdirt.com/articles/20130208/03441521918/canada-denies-patent-drug-so-us-pharma-companydemands-100-million-as-compensation-expropriation.shtml>(accessed Aug 10, 2013).
- 130 Peterson LE. The global governance of foreign direct investment: madly off in all directions. Geneva: Friedrich Ebert Stiftung, 2005.
- 131 Sornarajah M. The international law on foreign investment. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
- 132 Anon. Government of Uruguay taps Foley Hoag for representation in international arbitration brought by Philip Morris to overturn country's tobacco regulation. *Bloomberg*, Oct 8, 2012. <http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=conewsstory&tkr=1289L:US&sid=aEPICFAFyk2Q> (accessed Aug 10, 2013).
- 133 Freehills HS, Peacock N, Ambrose H. South Africa terminates its bilateral investment treaty with Spain: second BIT terminated, as part of South Africa's planned review of its investment treaties. *Lexology*, Aug 21, 2013. <http://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=daf93855-71f9-425e-92d3-5368d104f8ff> (accessed Sept 30, 2013).
- 134 UN Conference on Trade and Development. IIA Issues Note. Reform of investor-state dispute settlement: in search of a roadmap. United Nations Conference on Trade and Development, 2013.
- 135 Anon. Five ways to tackle disastrous diets—UN food expert. March 6, 2012. <http://www.srfood.org/index.php/en/component/content/article/1-latest-news/2054-five-ways-to-tackle-disastrous-diets-unfood-expert> (accessed June 17, 2013).
- 136 World Bank. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank, 2013. <http://databank.worldbank.org/data/download/WDI-2013-ebook.pdf> (accessed April 20, 2013).
- 137 Sen A. Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation. Oxford: Oxford University Press, 1982.
- 138 Friel S, Thow A-M, Plahe J. Challenges to food sovereignty and the risks to human health: the Pacific Islands. Background paper for *The Lancet-University of Oslo Commission on Global Governance for Health*, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/foodsovereignty.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 139 FAO. Committee on World Food Security. Food and Agriculture Organization, 2013. www.fao.org/cfs/en/ (accessed April 20, 2013).
- 140 Gonzalez CG. Institutionalizing inequality: the WTO Agreement on Agriculture, food security, and developing countries.

Columbia J Environ Law 2002; **27**: 433–90.

141 FAO, International Fund for Agricultural Development, World Food Programme. The state of food insecurity in the world—how does international price volatility affect domestic economics and food security? Rome: Food and Agriculture Organization, 2011.

142 von Grebmer K, Torero M, Olofinbiyi T, et al. 2011 Global Hunger Index. The challenge of hunger: taming price spikes and excessive food price volatility. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2011.

143 Global Health Watch. The global food crisis. In: Global Health Watch. Global Health Watch 3. London: Zed Books, 2012: 165–77.

144 Robles M, Torero M, von Braun J. When speculation matters. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2009.

145 Cotula L. Land deals in Africa: what is in the contracts? London: International Institute for Environment and Development, 2011.

146 Stuckler D, McKee M, Ebrahim S, Basu S. Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco. *PLoS Med* 2012; **9**: e1001235.

147 WHO. Controlling the global obesity epidemic. <http://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/> (accessed June 17, 2013).

148 Hoad V, Somerford P, Katzenellenbogen J. High body mass index overtakes tobacco as the leading independent risk factor contributing to disease burden in Western Australia. *Aust N Z J Public Health* 2010; **34**: 214–15.

149 Thow AM, Hawkes C. The implications of trade liberalization for diet and health: a case study from Central America. *Glob Health* 2009; **5**: 5.

150 Wilkinson R, Marmot M, eds. Social determinants of health—the solid facts, 2nd edn. Copenhagen: World Health Organization, 2003.

151 IFAD, UNEP. Smallholders, food security and the environment. Rome: International Fund for Agricultural Development, 2013.

152 FAO. FAO Food Price Index. www.fao.org/worldfoodsituation/wfshome/foodpricesindex/en/ (accessed April 20, 2013).

153 World Bank. Global economic prospects: commodities at the crossroads. Washington, DC: World Bank, 2009.

154 FAO. Number of hungry people rises to 963 million. Food and Agriculture Organization, 2008. <http://www.fao.org/news/story/en/item/8836/> (accessed April 20, 2013).

155 De Schutter O. International trade in agriculture and the right to food. Geneva: Friedrich Ebert Stiftung, 2009.

156 Labonté R, Mohindra KS, Lencucha R. Framing international trade and chronic disease. *Glob Health* 2011; **7**: 21.

157 Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; **378**: 804–14.

158 Hendrickson M, Wilkinson J, Heffernan W, Gronski R. The global food system and nodes of power. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1337273 (accessed Feb 23, 2013).

159 Borras SM Jr, Franco J. Towards a broader view of the politics of global land grab: rethinking land issues, reframing resistance. Initiatives in Critical Agrarian Studies, Land Deal Politics Initiative, and Transnational Institute, 2010.

160 Borras SM Jr, Franco JC. Global land grabbing and trajectories of agrarian change: a preliminary analysis. *J Agrar Chang* 2012; **12**: 34–59.

161 Wright BD, Bobenrieth E. The food crisis of 2007/2008: evidence and implications. Food and Agriculture Organization, 2009. <http://www.fao.org/docrep/012/ak341e/ak341e13.htm> (accessed Feb 12, 2013).

162 De Schutter O. Food commodities speculation and food price crisis. Regulations to reduce the risks of price volatility: United Nations

Special Rapporteur on the Right to Food, 2010.

163 von Braun J, Ahmed A, Asenso-Okyere K, et al. High food prices: the what, who and how of proposed policy actions. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2008.

164 McKeon N. Global governance for world food security: a scorecard four years after the eruption of the “food crisis”. Berlin: Heinrich Böll Stiftung, 2011.

165 Gonzalez CG. The global food system, environmental protection, and human rights. *Nat Resour Environ* 2012; **26**.

166 Margulis ME. The evolving global governance of food security. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1823453 (accessed Feb 12, 2013). 167 Van der Meulen B. The global arena of food law: emerging contours of a meta-framework. *Erasmus Law Rev* 2010; **3**: 217.

168 Smith N. Tory doubts over NHS funding pledge. *BBC News*, July 12, 2012. <http://www.bbc.co.uk/news/10592699> (accessed Feb 15, 2013).

169 Desmarais AA. The power of peasants: reflections on the meanings of La Vía Campesina. *J Rural Stud* 2008; **24**: 138–49.

- 170 La Vía Campesina. The right to produce and access to land. Position of the Vía Campesina on Food Sovereignty. World Food Summit; Rome, Italy; Nov 13-17, 1996.
- 171 Narula S. Reclaiming the right to food as a normative response to the global food crisis. *Yale Hum Rights Dev Law J* 2010; **13**: 403.
- 172 Beuchelt T, Virchow D. Food sovereignty or the human right to adequate food: which concept serves better as international development policy for global hunger and poverty reduction? *Agric Hum Values* 2012; **29**: 259–73.
- 173 Prakash A. Safeguarding food security in volatile global markets. Rome: Food and Agricultural Organization, 2011.
- 174 Amnesty International, Greenpeace Netherlands. The toxic truth: about a company called Trafi gura, a ship called Probo Koala, and the dumping of toxic waste in Côte d'Ivoire. London: Amnesty International and Greenpeace Netherlands, 2012.
- 175 Bambas-Nolen L, Birn A-E, Cairncross E, et al. Case study on extractive industries prepared for *The Lancet* Commission on Global Governance. Background paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/extrac-indus.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 176 UN Conference on Trade and Development. World Investment Report: transnational corporations, extractive industries and development. New York and Geneva: United Nations, 2007.
- 177 Eisler R. Health risks of gold miners: a synoptic review. *Environ Geochem Health* 2003; **25**: 325–45.
- 178 WHO. Strategic approach to international chemicals management. Report by the Secretariat (A63/21). Sixty-third World Health Assembly; Geneva, Switzerland; March 25, 2010.
- 179 Yan ez L, Ortiz D, Calderon J, et al. Overview of human health and chemical mixtures: problems facing developing countries. *Environ Health Perspect* 2002; **110** (suppl 6): 901–09.
- 180 UNDP. Human Development Report 1998: consumption for human development. New York and Oxford: United Nations Development Programme, 1998.
- 181 Goldman L, Tran N, for the World Bank. Toxics and poverty: the impact of toxic substances on the poor in developing countries. Washington, DC: World Bank, 2002.
- 182 Moran TH, Graham EM, Blomström M, eds. Does foreign direct investment promote development? Washington, DC: Center for Global Development, Institute for International Economics, 2005.
- 183 Anand S, Sen A. The income component of the Human Development Index. *J Hum Dev* 2000; **1**: 83–106.
- 184 CorpWatch. Barrick's dirty secrets: communities respond to gold mining's impacts worldwide. Oakland: CorpWatch, 2007.
- 185 Oxfam America. Investing in destruction. Oxfam America, 2003.
- 186 Bench Marks Foundation. What Government needs to do to prevent another "Marikana". Johannesburg: Bench Marks Foundations, 2012.
- 187 UN Office of the High Commissioner for Human Rights. Guiding principles on business and human rights. New York and Geneva: United Nations, 2011. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf (accessed Jan 3, 2014).
- 188 Ruggie J. Report of the Special Representative of the Secretary-General on the issue of human rights and transnational corporations and other business enterprises. United Nations Human Right Council, 2011.
- 189 Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposal. Basel Convention, 2011. <http://www.basel.int/Portals/4/Basel%20Convention/docs/text/BaselConventionText-e.pdf> (accessed June 18, 2013).
- 190 Minamata Convention on Mercury. http://www.mercuryconvention.org/Portals/11/documents/conventionText/Minamata%20Convention%20on%20Mercury_e.pdf (accessed Jan 9, 2014).
- 191 Beyond the Alien Tort Claims Act: alternative approaches to attributing liability to corporations for extraterritorial abuses. *Northwest J Int Law Bus* 2005; **26** (43).
- 192 Business & Human Rights Resource Centre. Corporate legal accountability annual briefing. Business & Human Rights Resource Centre, 2012.
- 193 Publish What You Pay. About us. <http://www.publishwhatyoupay.org/about> (accessed June 18, 2013).
- 194 Extractive Industries Transparency Initiative. What is the EITI? <http://eiti.org/eiti> (accessed Nov 25, 2013).
- 195 International Council on Human Rights Policy. Irregular migration, migrant smuggling and human rights: towards coherence. Geneva: International Council on Human Rights Policy, 2010.
- 196 Betts A. Towards a 'soft law' framework for the protection of vulnerable irregular migrants. *Int J Refugee Law* 2010; **22**: 209–36.
- 197 Dauvergne C. Making people illegal: what globalization means for migration and law. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.

- 198 Hilden PK, Stålseth S. "Other by law": migration, exclusion and naturalizing discourses of citizenship in Norway. *Diaconia* 2012; **3**: 128–38.
- 199 Rechel B, Mladovsky P, Devillé W, Rijks B, Petrova-Benedict R, McKee M. Migration and health in the European Union. Berkshire: Open University Press, 2011.
- 200 Kristiansen M, Mygind A, Krasnik A. Health effects of migration. *Dan Med Bull* 2007; **54**: 46–47.
- 201 Huber M, Stanciole A, Wahlbeck K, et al. Quality in and equality of access to healthcare services. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, 2008.
- 202 Øien C, Sønsterudbråten S. No way in, no way out? A study of living conditions of irregular migrants in Norway. Oslo: Fafo, 2011.
- 203 Ingleby D. European research on migration and health. Brussels: International Organization for Migration, 2009.
- 204 Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: a social determinants of migrants' health *Eurohealth* 2010; **16**: 10–12.
- 205 Taran P, Geronimi E. Globalization, labour and migration: protection is paramount. Geneva: International Migration Programme, International Labour Office, 2003.
- 206 Oslo Church City Mission. Undocumented migration, human trafficking, and the Roma: manifestations of irregular migration and exclusion in Norway, shortcomings in governance, and implications for health, well-being and dignity. Background Paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/oslo-church-city-mission.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 207 UN Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2009: a global assessment. New York: United Nations, 2011.
- 208 Düvell F. Irregular migration. In: Betts A, ed. Global migration governance. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- 209 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in total migration stock: the 2003 revision. New York: United Nations, 2003.
- 210 ILO. Towards a fair deal for migrant workers in the global economy. Geneva: International Labour Organization, 2004.
- 211 Abella MI. Mondialisation, marchés du travail et mobilité. *Migrations et avenir* 2002; **14**: 181–94.
- 212 Biswas D, Toebes B, Hjern A, Ascher H, Norredam M. Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: a comparative study of Denmark, Sweden, and The Netherlands. *Health Hum Rights* 2012; **14**: 49–60.
- 213 WHO. Nygren-Krug H. International migration, health and human rights. Geneva: World Health Organization, 2003.
- 214 Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Med* 2011; **8**: e1001034.
- 215 Grover A. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/23/41). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; May 15, 2013.
- 216 UN General Assembly. International convention on the protection of the rights of all migrant workers and members of their families (A/RES/45/158). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Dec 18, 1990.
- 217 Leitenberg M. Deaths in wars and conflicts in the 20th century. Ithaca: Cornell University, 2006.
- 218 Kaldor M. New & old wars. Stanford: Stanford University Press, 2007.
- 219 Leaning J, Arie S, Holleufer G, Bruderlein C. Human security and conflict: a comprehensive approach. In: Chen LC, Leaning J, Narasimhan V, eds. Global health challenges for human security. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2003: 13–30.
- 220 Slim H. Killing civilians: method, madness, and morality in war. New York: Columbia University Press, 2008.
- 221 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 222 Levy BS, Sidel VW, eds. War and public health. New York: Oxford University Press, 2008.
- 223 Jonnalagadda Haar R, Rubenstein LS. Health in post-conflict and fragile states. Washington, DC: United States Institute of Peace, 2012.
- 224 Dardagan H, Salama H. Stolen futures: the hidden toll of child casualties in Syria. London: Oxford Research Group, 2013.
- 225 UNHCR. 2013 UNHCR country operations profile—Democratic Republic of the Congo. United Nations High Commissioner for Refugees, 2013. <http://www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/page?page=49e45c366&submit=GO> (accessed May 15, 2013).
- 226 ICRC. DR Congo: humanitarian situation deteriorates in the Kivus. Operational update no 01/12. International Committee of the Red Cross, 2012. <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/update/2012/dr-congo-update-2012-05-25.htm> (accessed May 6, 2013).

- 227 Ertürk Y. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. Addendum. Mission to the Democratic Republic of the Congo (A/HRC/7/6/Add.4). United Nations General Assembly; New York, NY, USA; Feb 28, 2013.
- 228 Global Witness. Coming clean: how supply chain controls can stop Congo's minerals trade fuelling conflict. London: Global Witness, 2012.
- 229 International Crisis Group. Eastern Congo: why stabilization failed. Africa briefing no 91. Kinshasa, Nairobi, and Brussels: International Crisis Group, 2012.
- 230 WHO. Response to the crisis in the Democratic Republic of the Congo. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 231 Paley AR. Iraqi hospitals are war's new 'killing fields'. *Washington Post*, Aug 30, 2006.
- 232 UN Human Rights Council. Assault on medical care in Syria (A/HRC/24/CRP.2). United Nations Human Rights Council, 2013.
- 233 UNHCR. A year of crises—UNCHR global trends 2011. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees, 2012.
- 234 Loescher G, Milner J. Understanding the challenge. *Forced Migr Rev* 2009; **33**: 9–11.
- 235 The Geneva Conventions of 1949 and their additional protocols. <http://www.icrc.org/eng/war-and-law/treaties-customary-law/geneva-conventions/> (accessed Jan 3, 2014).
- 236 OECD. Think global, act global: confronting global factors that influence conflict and fragility. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2012.
- 237 International Coalition for the Responsibility to Protect. A toolkit on the responsibility to protect. International Coalition for the Responsibility to Protect, 2013.
- 238 Harff B. How to use risk assessment and early warning in the prevention and de-escalation of genocide and other mass atrocities. *Glob Responsib Prot* 2009; **1**: 506–31.
- 239 Brinkman HJ, Hendrix CS. Food insecurity and violent conflict: causes, consequences and addressing the challenge. Rome: World Food Programme, 2011.
- 240 O'Neill WG. (Re)Building the rule of law after identity-based conflict: What responsibility to protect practitioners will confront. *Glob Responsib Prot* 2009; **1**: 478–505.
- 241 Lewis P, Pelter Z. UK arms exports: getting it right at home. *OpenDemocracy*, July 20, 2012. <http://www.opendemocracy.net/patricia-lewis-and-zo%C3%AB-pelter/uk-arms-exports-getting-it-right-at-home> (accessed March 10, 2013).
- 242 Holtom P. The UN Conference on an Arms Trade Treaty: no Treaty...yet? *Global Observatory*, Aug 16, 2012. <http://theglobalobservatory.org/analysis/339-the-un-conference-on-an-arms-trade-treaty-not-treaty-yet.html> (accessed March 10, 2013).
- 243 Greene O, Marsh N. Conclusions and priorities for further research. In: Greene O, Marsh N, eds. Small arms, crime and conflict: global governance and the threat of armed violence. London: Routledge, 2011: 248–62.
- 244 Efrat A. Toward internationally regulated goods: controlling the trade in small arms and light weapons. *Int Organ* 2010; **64**: 97–131.
- 245 Kimberley Process Certification Scheme. About. <http://www.kimberleyprocess.com/en/about> (accessed Jan 3, 2014).
- 246 Natural Resource Charter. The twelve precepts. <http://naturalresourcecharter.org/precepts> (accessed Jan 3, 2014).
- 247 UN Security Council. Report of the Secretary-General on the protection of civilians in armed conflict (S/2012/376). New York: United Nations Security Council, 2012.
- 248 Holt V, Taylor G, Kelly M. Protecting civilians in the context of UN peacekeeping operations. New York: United Nations, 2009.
- 249 ICRC. Convention (III) relative to the treatment of prisoners of war. Geneva, Aug 12, 1949. Commentary on Article 3, Part I: General Provisions. <http://www.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/vwTreaties1949.xsp> (accessed Oct 7, 2013).
- 250 Pelic J. The protective scope of Common Article 3: more than meets the eye. *Int Rev Red Cross* 2011; **93**: 189–225.
- 251 UNDP. The changing nature of conflict: priorities for UNDP response. New York: United Nations Development Programme, 2013.
- 252 Scholte JA, ed. Building global democracy? Civil society and accountable global governance. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- 253 Weiss TG. Thinking about global governance: why people and ideas matter. London: Routledge, 2011.
- 254 WTO. Non-governmental organizations (NGOs): WTO and NGOs. Relations with non-governmental organizations/civil society. http://www.wto.org/english/forums_e/ngo_e/intro_e.htm (accessed Aug 10, 2013).

- 255 Steffek J, Ehling U. Civil society participation at the margins: the case of WTO. In: Steffek J, Kissling C, Nanz P, eds. *Civil society participation in European and global governance: a cure for the democratic deficit?* Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008: 95–115.
- 256 Legge D. Trade and health: an enquiry into the role of the World Health Organisation in promoting policy coherence across the fields of trade and health and, in particular, the origins, implementation and effectiveness of World Health Assembly Resolution 59.26 on international trade and health. Background Paper for *The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health, 2013. <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/global-governance-health/background-papers/who-trade.pdf> (accessed Feb 11, 2014).
- 257 Bernauer T, Gampfer R. Effects of civil society involvement on popular legitimacy of global environmental governance. *Glob Environ Chang* 2013; **23**: 439–49.
- 258 Leval PN. The long arm of international law: giving victims of human rights abuses their day in court. *Foreign Aff* 2013; **92**: 19–21.
- 259 Watson N, Younis M, Spratt S. What next for the BRICS Bank? Brighton: Institute of Development Studies, 2013.
- 260 Alter KJ, Meunier S. The politics of international regime complexity. *Perspect Polit* 2009; **7**: 13–24.
- 261 Ståhl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (eds). *Health in all policies—prospects and potentials*. Helsinki: Finnish Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- 262 Tuncak B, Ditz D. *Paths to global chemical safety: the 2020 goal and beyond*. Washington, DC, and Geneva: Center for International Environmental Law, 2013.
- 263 Lee K, Ingram A, Lock K, McInnes C. Bridging health and foreign policy: the role of health impact assessments. *Bull World Health Organ* 2007; **85**: 207–11.
- 264 UN. *A new global partnership: eradicate poverty and transform economics through sustainable development*. Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations, 2013.
- 265 African Union. *Roadmap on shared responsibility and global solidarity for AIDS, TB and malaria response in Africa*. Addis Ababa: African Union, 2012. http://www.au.int/en/sites/default/files/Shared_Res_Roadmap_Rev_F%5B1%5D.pdf (accessed Jan 16, 2014).
- 266 WHO. *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination (A65/24)*. Geneva: World Health Organization, 2012.
- 267 Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *Bull World Health Organ* 2007; **85**: 652.