

The Lancet-London
32 Jamestown Road, London NW1
7BY, UK
T+44(0)20 7424 4910
F +44(0)20 7424 4911

The Lancet-New York
360 Park Avenue South, New York, NY
10010-1710, USA
T+ 1 212 633 3810
F+1 212 633 3853

The Lancet-Beijing
Unit 1-6, 7f, Tower W1, Oriental Plaza,
Beijing 100738, China
T+ 8610 85208872
F+ 861085189297
editorial@lancet.com

Editor
Richard Horton

Deputy Editor
Astrid James
SeniorExecutiveEditors
Pam Das SabineKleinert
WillianSummerskill

Executive Editors
Stephanie Clark
Tamara Lucas
Joanna Palmer
Pia Pini
Stuart Spencer
Richard Turner

Managing Editor
Hannah Jones
Web Editors
Nicolì Humphreys
Richard Lane
Ericka Niesner

Senior Assistant Web Editor
Katherine Rolfe

Senior Editors
Nial Boyce
Audrey Ceschia
Lin Guo
UdaniSamarasekera
Asia Editor
Helena Hui Wang (Beijing)
North America Editor
Rebecca Cooney (New York)

Conference Editor
Laura Hart

Senior Deputy Managing Editor
Laura Benham

Senior Assistant Editors
Olaya Astudillo
Abi Cantor
Sean Cleghorn
Tim Dehnel
Dara Mohammadi
Zena Nyakoojo
Helen Penny
Onisillos Sekkides
Frances Whinder
Farhat Yaqud

Assistant Editors
Neil Bennet
Hannah Cagney
Stephanie Clague
Katherine Gourd
Natalie Harrison
Rebecca Heald
Louise Rishton

Media Relation Manager
Daisy Barton

Editorial Assistants
KirianBains
Holly Baker
Fatiha Begum
Nicolas Dolan
Francesa Towey

THE LANCET® is a registred trademark
of Reed Elsevier Proprieties SA,
used under licence.

THE LANCET

The Lancet- Universidad de Oslo Comisión sobre Gobernanza Global para la Salud - Mayo, 2014

Comisiones The Lancet

Los orígenes políticos de la inequidad en salud:
perspectivas de cambio
O P Ottersen et al

THE LANCET

The Lancet- Universidad de Oslo Comisión sobre Gobernanza Global para la Salud - Mayo, 2014



Versión revisada en español

Edición en español

Este documento ha sido traducido del original en inglés, con la autorización de The Lancet®.

La versión en español fue realizada por:

©Instituto Nacional de Salud, 2014

Cápac Yupanqui 1400, Jesús María, Lima, Perú

Tel.: (511) 4781111

Correo electrónico: rpmesp@ins.gob.pe

Página web: www.ins.gob.pe

La versión electrónica de este documento se encuentra disponible en forma gratuita en:
<http://www.ins.gob.pe/rpmesp>

Se autoriza su reproducción total o parcial siempre y cuando se cite la fuente.



THE LANCET

Global Governance *for* Health

THE LANCET – UNIVERSITY OF OSLO COMMISSION

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

Los orígenes políticos de la inequidad en salud: perspectivas de 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 para afrontar las desigualdades en salud, sus esfuerzos a menudo entran en conflicto con poderosos actores a nivel global que se orientan a otros intereses como la protección de la seguridad nacional, el resguardo de la soberanía u objetivos económicos.

Este es el punto de inicio de la Comisión *The Lancet* – 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 se basan por su parte en normas sociales mundiales. Sus acciones no se orientan a perjudicar la salud, pero pueden tener un efecto colateral negativo que genere inequidad en salud. Llamamos determinantes políticos de la salud a las normas, políticas y prácticas que surgen de las interacciones políticas globales que atraviesan todos los sectores y que afectan 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 la gobernanza global funciona. Hay una urgente necesidad de entender cómo se puede proteger y promover mejor 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 evaluar su efecto en salud requiere un análisis del poder.

Este reporte examina las desigualdades en el poder y la dinámica de una diversidad de áreas de política que afectan la salud y que requieren 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, la actividad corporativa transnacional, la migración ilegal y los conflictos violentos. El análisis de casos muestra que en el panorama actual de gobernanza global, las diferencias de poder entre los actores

Mensajes clave

- Las inaceptables inequidades en salud dentro y entre países no pueden ser abordadas por medidas técnicas al interior del sector salud o solo en el ámbito nacional; requieren 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 las inequidades en salud.
- La asimetría del poder y las normas sociales globales limitan las posibilidades de elección y restringen las acciones sobre la inequidad en salud; estas limitaciones son reforzadas por las disfunciones del sistema de gobernanza global y requieren vigilancia en todos los ámbitos de la política.
- Debe existir una vigilancia independiente de los progresos realizados para corregir las inequidades en salud y en contrarrestar las fuerzas políticas globales perjudiciales para la salud.
- Los actores públicos y privados del ámbito político global deben conectarse mejor a través de una política de diálogo transparente en los procesos de toma de decisiones que afecten la salud.
- La gobernanza global para la salud debe basarse en compromisos de solidaridad global y responsabilidad compartida; el desarrollo sostenible y saludable para todos requiere de un sistema económico y político global que sirva a una comunidad mundial de personas saludables en un planeta saludable

con conflicto de intereses forman los determinantes políticos de la salud.

Identificamos cinco disfunciones del sistema de gobernanza global que permiten la persistencia de efectos adversos en los determinantes políticos globales de la salud. En primer lugar, es insuficiente la participación y representación de algunos actores, como la sociedad civil, expertos en salud y grupos marginados, en los procesos de toma de decisiones (déficit democrático). En segundo lugar, los medios inadecuados para limitar el poder y una pobre transparencia, dificultan responsabilizar a los actores de sus acciones (débiles mecanismos de rendición de cuentas). Tercero, las normas, reglas y procesos para la toma de decisiones son a menudo insensibles a las necesidades cambiantes y pueden perpetuar disparidades de poder con efectos adversos en la distribución de salud (rigidez institucional). Cuarto, existen medios inadecuados a nivel nacional y mundial para proteger la salud en la elaboración de políticas globales en los ámbitos externos al sector salud, así la salud puede subordinarse 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, fondos de financiamiento, tribunales y formas de regulación de menor alcance, como normas y lineamientos) para proteger y promover la salud (instituciones incipientes o inexistentes).

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 frustrarse por decisiones políticas de otros sectores. En su lugar, los procesos de gobernanza global fuera del área de salud deben ser diseñados para que trabajen mejor por la salud.

La Comisión invoca a reforzar las acciones intersectoriales globales para la salud. Proponemos una Plataforma de Múltiples Actores para la Gobernanza en Salud, que serviría como un foro político que brinde el espacio a los diversos actores para que diseñen un marco temático, establezcan agendas, y examinen y discutan las políticas en curso que tendrían un efecto sobre la salud y la equidad en salud, así como también para identificar barreras y proponer soluciones para procesos políticos específicos. Además, llamamos a un monitoreo independiente de cómo el proceso de gobernanza global afecta la equidad en salud institucionalizándolo través de un Panel de Monitoreo Científico Independiente y estableciendo evaluaciones mandatorias sobre equidad en salud dentro de las organizaciones internacionales.

La Comisión también invoca un mejor aprovechamiento de los determinantes políticos globales de la salud. Hacemos un llamado para reforzar el uso de los instrumentos para los derechos humanos en salud, como los Relatores Especiales y el endurecer las sanciones, a través del sistema

judicial internacional, contra una amplia variedad de violaciones por actores del sector privado.

Reconocemos que la gobernanza global para la salud debe basarse en compromisos como la solidaridad global y la responsabilidad compartida a través de un enfoque de derechos y nuevos marcos para el financiamiento internacional que vayan más allá de la tradicional asistencia para el desarrollo, hacia la investigación y la 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, sino reconocer la necesidad de una acción intersectorial global y de justicia en nuestros esfuerzos para afrontar 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 global de la salud no es en principio sobre enfermedades, sino un tema de gobernanza..."

Ilona Kickbusch

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

Aunque las poblaciones más pobres en los países más pobres se quedan con los mayores riesgos para la salud y carga de enfermedades, el hecho que las oportunidades en la vida de las personas difieran ampliamente, no es simplemente un problema de pobreza, sino de desigualdad socioeconómica. Las diferencias en salud se manifiestan como gradientes a través de las sociedades, con enfermedades físicas y mentales que se incrementan con cada peldaño descendente en la escala social, junto con otros efectos 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 que "las normas sociales, políticas y prácticas que toleran o promueven la injusta distribución y acceso al poder, la riqueza y otros recursos sociales necesarios" crean desigualdades sistemáticas en las condiciones de vida.¹³ Un análisis innovador del informe mostró cómo las

condiciones de vida diaria hacen una gran diferencia en las oportunidades para las personas. Estas condiciones incluyen una vivienda segura y comunidades cohesionadas, acceso a alimentos saludables y atención primaria de la salud, trabajo digno, y condiciones seguras de trabajo. También incluyeron factores subyacentes: empoderamiento político, inclusión social y política sin discriminación y la oportunidad de expresar sus reclamos.

En nuestra opinión, el informe caracteriza correctamente las amplias brechas en salud entre grupos de personas como injustas, etiquetándolas 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 máximo potencial de salud; de modo más pragmático, nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial, si se puede evitar. El objetivo de política para la equidad y salud no es eliminar todas las diferencias en salud de modo que todos tengan el mismo nivel y calidad de salud, sino de reducir o eliminar aquellas que sean consecuencia de factores, simultáneamente, evitables e 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. 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 los factores determinantes de la salud están en muchos niveles, -desde la diversidad biológica individual hasta particularidades sociales locales y nacionales, algunos determinantes se vinculan a actividades transnacionales y la interacción política global. Estos factores globales han recibido insuficiente atención, quizá porque los vínculos causales son complejos y difíciles de desentrañar o porque las implicancias pueden ser controversiales e inoportunas para algunos.

Una abundante evidencia científica muestra la existencia de una gradiente social relacionada a las inequidades y la exposición a riesgos en salud.¹¹ Afirmamos que la inequidad en salud requiere de un juicio moral – debe ser considerada injusta 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 afectan desfavorablemente la salud de algunos grupos de personas en comparación de otros, son en realidad injustos. Algunos de estos determinantes políticos globales pueden evitarse mejorando la forma en que trabaja la gobernanza global. Abordar estos determinantes, podría mejorar la equidad en salud.

El informe 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 no se enfocó en las fuerzas globales subyacentes, los procesos y las instituciones que crean las condiciones que causan inequidad.¹⁶ Como se estableció en

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. Persiste el acceso desigual a alimentos suficientes, seguros y nutritivos a pesar de que la producción mundial de alimentos es suficiente para cubrir el 120% de las necesidades globales.²
- 1.5 millones de personas enfrentan amenazas a su integridad física, su estado de salud está quebrantado no sólo por daños físicos directos, sino también por el estrés psicológico extremo causado por el miedo, la pérdida y la desintegración del tejido social en 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 está aumentando entre los quintiles de niños menos y más desfavorecidos.⁶
- Más del 80% de la población mundial no cuenta una adecuada protección social. Al mismo tiempo, el número de desempleados está en aumento. En el 2012, el desempleo a nivel mundial se elevó a 197,3 millones, 28,4 millones más que en el 2007. De aquellos 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 indígenas enfrentan discriminación que les impide satisfacer sus necesidades diarias y expresar sus reclamos.⁸ Las Niñas y mujeres enfrentan barreras para acceder a la educación y un empleo seguro en comparación con los niños y hombres,⁹ las mujeres en todo el mundo todavía enfrentan desigualdades respecto a sus derechos de salud sexual y reproductiva.¹⁰ Estas barreras disminuyen el control sobre su propia vida.

un “Comentario” en *The Lancet*, en el 2011: “Es urgente un incremento en la comprensión de cómo se puede proteger y promover mejor la salud pública en diversos procesos de gobernanza global, pero es un tema complejo y políticamente sensible. Estos temas involucran la distribución de recursos económicos, intelectuales, normativos y políticos y requiere una evaluación sincera de las estructuras de poder.”¹⁷

Nuestra respuesta ante este desafío requiere explorar las posibles rutas a través de las cuales, las acciones transnacionales y los procesos de gobernanza global afectan la equidad en salud. Las secciones que siguen sirven como un marco conceptual que guía el análisis de una serie de ejemplos. Estos ejemplos han sido seleccionados entre importantes intervenciones políticas en 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 Mostramos cómo la asimetría del poder y las normas globales limitan la gama de opciones y limitan la acción, pero también ocasionalmente ofrecen oportunidades. Revisando los casos, identificamos también disfunciones sistémicas que obstaculizan a la gobernanza global para moldear determinantes positivos de la salud y abordar los negativos. Instamos a los actores responsables y líderes de opinión a actuar y ofrecemos una serie de ideas realizables para una mayor evaluación 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 diferentes intereses y grados de poder, como los Estados, las corporaciones transnacionales y la sociedad civil se han incrementado. Cuando existen conflictos de interés o grandes inequidades en el poder,

estas actividades transnacionales pueden ser inequitativas y tener efectos negativos en la salud, sea intencionalmente o no. En estos casos, la lucha contra la inequidad en salud es tanto un desafío global como político. Cumplir con este desafío requiere acciones que rebasan el sector salud o el Estado Nacional y requieren una mejora de la gobernanza global en todos los sectores. La definición de gobernanza global de Weiss y Thakur¹⁸ 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 como no gubernamentales, a través de los cuales se articulan los intereses colectivos en el plano mundial, los derechos y las obligaciones se establecen y las diferencias se intermedian.”

Esta comisión se basa en el concepto de Gobernanza Global para la Salud. Consideramos la salud como un desafío político, no sólo como un resultado técnico. La gobernanza global para la salud se alcanza cuando logramos un sistema de gobernanza global justo y equitativo basado en una mejor distribución democrática del poder político y económico, que sea social y ambientalmente sostenible.¹⁹ La Gobernanza Global para la salud es distinta 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, las instituciones intergubernamentales, y actores no gubernamentales para enfrentar retos de salud, que requieren una acción colectiva transfronteriza para abordarlos con efectividad”²⁰

Considerando que la Gobernanza de la Salud Global se utiliza frecuentemente para referirse a la gobernanza del sistema de salud global, definida como los actores e instituciones cuyo propósito principal de la salud²¹, - la 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 no es nuevo. Muchos académicos han llamado la atención sobre la naturaleza global y 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 todos los sectores que afectan la salud. Esta definición puede incluir 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 las corporaciones transnacionales).

Los determinantes políticos operan de diversas maneras. En primer lugar las normas globales guían la interacción social; modelan como son vistos los problemas y temas desde la gobernanza global, y enmarcan los tipos de solución que se proponen, excluyendo a veces la discusión de opciones alternativas. Segundo, los determinantes políticos funcionan como normas de representación, elección, transparencia y rendición de cuentas de quienes participan en la toma de decisiones globales y de cómo estos procesos se conforman por actores con diferentes valores, intereses y poder. Finalmente, los resultados del proceso de gobernanza como las políticas formales y los acuerdos, configuran las prácticas en el nivel nacional.

El Acuerdo sobre la Agricultura de la Organización Mundial del Comercio de 1994 (OMC) es un ejemplo de una política que no se dirige ni a hacer daño ni a promover la salud. La protección de la OMC a la agricultura subsidiada de los países desarrollados, sin embargo, redujo la competitividad de los pequeños agricultores en los países en desarrollo; puede interpretarse que la política provocó inseguridad alimentaria, malnutrición y resultados asociados en la salud y que tanto afectó negativamente a la salud. Este ejemplo muestra como una política que no pretende vincularse a la salud puede sin embargo afectarla profundamente

El Código Mundial de Prácticas para 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 mejorará el acceso a los servicios de salud. Los determinantes políticos de la salud por si mismos no son ni buenos ni malos; más bien los resultados de estos determinantes tienen efectos positivos o negativos en la salud de las personas.

El complejo de gobernanza global

Organización política global

El actual sistema de organización política internacional tiene sus raíces en el periodo posterior a 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 y la prosperidad en la posguerra. Cada organización fue construida en base al principio de estados soberanos que se unen voluntariamente para conducir las cuestiones transnacionales.

El estado-nación ha sido la pieza fundamental en la organización política desde el Tratado de Westfalia en 1648, el cual estableció un conjunto de Estados-Nación Soberanos Europeos. Los Estados nacionales han proliferado, sobre todo durante el último medio siglo, en gran parte debido a la descolonización y la división de los estados existentes en nuevas entidades políticas independientes. 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 Nacionales han cambiado al tiempo que ha aumentado la importancia de las organizaciones internacionales y los grupos de actores. Actores del mercado han ingresado al área de gobernanza global, y las fundaciones privadas, las organizaciones de la sociedad civil y los individuos han logrado mayor influencia en los procesos globales de toma de decisión. Los estados han formado agrupaciones para alcanzar sus intereses, ya sea regionalmente, como la Unión Africana o la Asociación de Naciones del Sudeste Asiático; o 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). Nuevos grupos temáticos como el de los siete países que conforman el Grupo Ministerial de Oslo sobre Salud y Política Exterior, podrían también ayudar a conformar la agenda política global. Del mismo modo, se han creado espacios y organizaciones intergubernamentales para abordar temas específicos, como la OMS, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y 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 una característica 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 la volatilidad de los mercados financieros hasta el cambio climático y desde regulación de empresas transnacionales hasta la vigilancia policial de las redes del crimen organizado.²⁸ Muchos de los instrumentos utilizados para gobernar en el nivel nacional no están disponibles en el nivel global, tales como las instituciones para la creación, interpretación, y aplicación de las leyes, la facultad de crear impuestos para proveer bienes públicos, garantizar la seguridad pública, y regular los mercados.

Por otro lado, la soberanía de un Estado puede proteger a su población contra la interferencia externa que no se enraíza en el debido proceso democrático, y tomar medidas cuando los procesos de gobernanza global producen resultados dañinos. Por ejemplo, los acuerdos internacionales a menudo restringen lo que se le permite hacer a un Gobierno Nacional, y en algunos casos atan las manos de un gobierno cuando se trata de la protección o promoción de la salud - a menudo denominado como reducción del

espacio político- En principio, un gobierno podría proteger su espacio político optando 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 manera tal que no se le da a la salud y a los asuntos sociales la prioridad que merecen.

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 los recursos.¹³ Las desigualdades en el poder y sus dinámicas abarcan 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, sostenidas por las regulaciones y políticas globales contemporáneas, que a su vez son sustentadas por los actores con más poder.

En principio, los estados son políticamente iguales en el sistema global. En la práctica, las desigualdades del poder se mantienen ampliamente, especialmente entre los países más avanzados y los países en desarrollo. La desigual distribución de la riqueza entre los países refleja su poder económico: los países de altos ingresos representan sólo el 16 % de la población mundial, pero concentran los 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 la 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 donantes y receptores de ayuda oficial para el desarrollo. Los receptores dependen casi totalmente de la voluntad de los donantes, sean estos agencias o gobiernos con diferentes intereses y motivaciones. Los donantes tienen el poder de escoger qué países o actores apoyar, y para que objetivos, por 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 el bilateral, multilateral, no gubernamental y a través de asociaciones público-privadas. En consecuencia, los gobiernos que han recibido ayuda se resisten a usarla para gastos constantes recurrentes, y la fragmentación y los requerimientos de rendición de cuentas e informes concomitantes consumen recursos que no necesariamente contribuyen al logro de las metas de la ayuda internacional. Aunque la asistencia oficial para el desarrollo es crucial en la lucha contra la pobreza, es

también un recordatorio de las grandes desigualdades de poder económico entre los países.

Las empresas privadas tienen un rol influyente en la gobernanza global contemporánea. Las grandes empresas transnacionales ejercen un enorme poder económico, que pueden usar para promover sus intereses en procesos de decisión de los gobiernos y en los mercados mundiales. La capitalización de mercado de las cinco corporaciones tabacaleras más grandes es más de US\$400 mil millones.³¹ Para las cinco empresas de bebidas más grandes el total supera los \$600 mil millones, y el de los cinco laboratorios farmacéuticos más grandes supera los \$800 mil millones. Estas industrias dejan pequeñas a la mayoría de economías nacionales. De 184 economías que el Banco Mundial reporta datos de PBI en el 2011, 124 tenían un PBI 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 para regular a las corporaciones transnacionales, no sólo a causa de su tremendo poder económico, sino también porque las empresas pueden cambiar su lugar de operaciones con facilidad a fin de evadir dichas regulaciones – en otras palabras, parecen estar más allá del control de cualquier estado. Aunque las empresas transnacionales pueden generar grandes beneficios mediante la creación de empleo, aumento de ingresos económicos y dirigiendo avances tecnológicos, también puede dañar la salud a través de inadecuadas condiciones laborales, remuneraciones inadecuadas, contaminación ambiental o produciendo artículos que amenazan para la salud (por ejemplo tabaco).

Otros actores no estatales, como las fundaciones, también ejercen un poder económico sustancial. La Fundación Bill & Melinda Gates, se ha convertido en uno de los más influyentes actores en salud global. Sus enormes contribuciones a iniciativas de salud global no sólo han mejorado la salud para muchos, sino que también han inspirado contribuciones económicas de otros actores también ricos. En 2013, la Fundación hizo donaciones aproximadas por más de US\$ 36 mil millones.³² Con su gran poder económico, la Fundación tiene la capacidad de establecer las agendas globales y dirigir esfuerzos y acciones a través de la prioridad de sus subvenciones.

Además del poder económico y militar, el poder normativo – la habilidad de perfilar convicciones acerca de lo que es ético, apropiado y socialmente aceptable – ha demostrado ser influyente incluso sin grandes recursos materiales. Organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGs), como Oxfam y Médicos sin Fronteras, pueden tener una considerable influencia a través de sus redes globales, su acceso a los medios y su reputación pública. Los medios de comunicación también pueden ejercer poder generando indignación en el público e inspirando su movilización política; a través de decisiones editoriales pueden visibilizar o no los temas de agenda global.³³⁻³⁵ Las agrupaciones científicas o de expertos como

el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático pueden proporcionar evidencia con autoridad científica que presione a los gobiernos.³⁶

Por principio, las personas en su condición de ciudadanos, están representados por sus estados en los procesos de gobernanza global. Sin embargo, grupos de personas, como los expatriados, algunos pueblos indígenas y otros grupos marginados están escasamente representados, en el mejor de los casos. Además, los intereses y valores de las personas están débilmente protegidos bajo las normas y prácticas vigentes que orientan la gobernanza global – por ejemplo, al permitir que actores no estatales y con fines de lucro (tales como compañías multinacionales) puedan ejercer influencia ilegítima o no democrática en los procesos de la política global. No obstante, presentar a las personas como receptores sin poder en relación a las decisiones de gobernanza es distorsionar la historia. La equidad en salud ha sido promovida exitosamente por movilizaciones populares en los movimientos sociales y políticos de los países de bajos ingresos, como Costa Rica, Cuba, y el Estado Indio de Kerala.¹⁶ Son ejemplos del uso, por la población, del poder normativo en el nivel nacional; pero también a nivel global mundial, surgen continuamente movimientos sociales llamando a la acción, enfrentando procesos no democráticos, o protestando contra políticas injustas. En el 2011, el movimiento “Ocupa” respondió enérgicamente a una creciente desigualdad, surgiendo manifestaciones en Grecia y España contra las duras medidas de austeridad. Las manifestaciones masivas en los países árabes condujeron a la remoción de los gobiernos en Túnez, Egipto, Libia y Yemen. Grupos de la sociedad civil también se han movilizado transnacional y exitosamente usando el poder normativo para efectuar cambios políticos concretos – por ejemplo, convencer a ejércitos poderosos que renuncien al uso de armas como minas terrestres o bombas en racimo³⁷ logrando se revise por la banca de Desarrollo el financiamiento de grandes represas,³⁸ e incrementando el espacio para la salud pública en el régimen de la propiedad intelectual mundial.

Aunque la asimetría de poder probablemente permanezca como una característica de la gobernanza global, las constelaciones del poder pueden cambiar. En los últimos años, las economías emergentes, como la de los países BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) y MIKT (México, Indonesia, Corea del Sur y Turquía), han iniciado el cambio de la dinámica tradicional. Algunas potencias emergentes han tomado posiciones más asertivas en foros internacionales que rigen la salud, el comercio, el clima y la seguridad, o han enfrentado acuerdos de gobernanza global como el proceso de toma de decisiones en el Consejo de Seguridad de la ONU o el reparto de votos en el FMI. Están emergiendo también nuevos modelos de cooperación económica, política, educativa y para el desarrollo entre los países en desarrollo, desafiando la dinámica tradicional de la ayuda para el desarrollo.

Normas sociales globales 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, muestra pre-condiciones que limitan las posibilidades de elección y acción, pero también a veces proporciona oportunidades. Algunas de estas condiciones son las normas sociales globales. Pero las normas globales pueden cambiar, y las personas pueden 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 enfrentar las existentes y nos recuerdan que involucrarnos en la lucha por modelos globales es un acto político. Enmarcar un asunto para que se vea de una manera particular es una estrategia central de los promotores normativos. Según Boas y McNeill,⁴⁰ esto tiene éxito cuando el movilizador convoca suficiente atención sobre un problema para ponerlo en la agenda política. Finnemore y Sikkink⁴¹ proponen un ciclo de tres etapas para que una idea se convierta en una norma. En la primera fase de emergencia de la norma, los promotores tratan de llamar la atención sobre una idea y convencer a una masa crítica de líderes normativos, tales como actores políticos, líderes de opinión y los gobiernos, para adoptar la idea como una norma. Una vez que se alcanza un umbral de cambio normativo, un punto de inflexión pone en marcha la segunda etapa, una cascada normativa. Durante esta fase, los líderes normativos difunden la nueva norma con otros actores para que la sigan. Finalmente, cuando se da por sentada la calidad y peso de la norma, se alcanza 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 Hulme⁴² sostienen que uno de los principales logros del siglo XX fue la aparición de la norma de que “la pobreza extrema pobreza deshumanizante es moralmente inaceptable y debe ser erradicada”.⁴² Pero, ¿cómo es que esta norma compite 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, limitando el rol de los gobiernos en la economía de mercado. Los gobiernos nacionales tienen un papel en el fomento y control de estos flujos con diversos grados de éxito, debido al poder de otros actores no-estatales, tales como la industria privada, los bancos y la sociedad civil. En las últimas décadas, este sistema ha producido un 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 países como dentro de ellos.

Sukhamoy Chakravarty argumentó que⁴³, “el mercado es un mal amo, pero puede ser un buen servidor”. Además de incrementar la prosperidad, el crecimiento económico puede tener también efectos negativos, tanto ambientales como sociales. Dentro de las fronteras nacionales, los gobiernos han diseñado políticas destinadas a mitigar algunos de estos efectos negativos mientras mantienen los positivos. Se ha reconocido que el estado es necesario, en un mínimo, 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 globales 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 favor del 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. Estas instituciones no existen en el nivel global: por ejemplo, no existe una base de protección social global,⁴⁵ una autoridad mundial sobre competencia, o una autoridad mundial reguladora de drogas y medicamentos; no existen leyes mundiales de transparencia o tribunales mundiales para hacer cumplir dichas leyes si van a existir. Con la ausencia de mecanismos institucionales formales que regulen los mercados globales, fallamos en darnos cuenta del potencial de una justa distribución de los beneficios de la globalización.⁴⁴

Así, aunque la salud, los sistemas sociales y los ecosistemas desde hace mucho han sido considerados un costo de oportunidad contra los intereses económicos y las fuerzas del mercado, la sostenibilidad de tales costos es crecientemente cuestionada.²² El argumento que la gobernanza medioambiental, social y económica no pueden continuar por caminos separados ha comenzado a alimentar el debate contemporáneo.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 salud y en enfermedad. Se centra en las causas inmediatas, biológicas y en algunos casos de comportamiento, de la dolencia y la enfermedad. El enfoque es fundamentalmente curativo – reparar el cuerpo enfermo- pero incluye medidas preventivas, como programas de inmunización masiva. El atractivo del modelo biomédico en la salud global deriva de las oportunidades curativas que han surgido de los importantes avances tecnológicos en terapias medicas durante el siglo pasado.²² El modelo es asimismo, susceptible a mediciones cuantitativas, tales como la evaluación del retorno de la inversión - por ejemplo, midiendo el número de vidas salvadas por una intervención.

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

mueres 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 desde 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, 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 un crecimiento sin precedentes en la atención política y en la ayuda para el desarrollo dedicada a la salud. Esta ayuda creció más rápido que la asistencia oficial para el desarrollo de 1990 al 2010, aumentando en casi cinco veces, de US\$5.700 millones a US\$ 28.100 millones.⁵¹ El apoyo creció por un masivo incremento en inversiones procedentes de fuentes de financiamiento no gubernamentales, como la Fundación Bill y Melinda Gates.

Sin embargo aún persisten las inequidades en salud, y en muchos casos se incrementan.^{52,53} El enfoque biomédico cura la enfermedad, pero por sí solo no puede abordar las causas fundamentales de la inequidad en salud. Las intervenciones biomédicas deben ir acompañadas de una comprensión más amplia de las fuerzas que atentan contra la salud, que se encuentran en la política económica global. Las causas profundas de la inequidad en salud no se pueden diagnosticar y remediar con soluciones técnicas, o por el Sector 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, más que a la varianza biológica. Sin embargo, la mayoría de las inversiones internacionales en salud tienden a centrarse en enfermedades específicas o intervenciones. De hecho, el enfoque contemporáneo sobre este tipo de soluciones puede configurar la salud global como un problema de gestión, carente de los conflictos de interés y de asimetrías de poder que pueden distorsionar los mecanismos subyacentes que determinan las inequidades en salud.⁵⁴ Interpretar las inequidades en salud, social y políticamente generadas, sólo como problemas tecnocráticos o de gestión médica despolitiza los males sociales y políticos, y prepara el camino para soluciones como las de la “bala mágica” que frecuentemente solo enfrenta los síntomas y no las causas.

Los derechos humanos

Durante más de 60 años, el marco normativo mundial unificado 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. Articulada posteriormente con 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 reside principalmente en los Estados, actuando de forma individual y cooperativamente.

Sin embargo la etapa de internalización de la norma de los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud, sigue siendo débil y deplorablemente incompleta. Aunque existe un sistema internacional para supervisar el cumplimiento de los tratados, 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 podrían 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 monitorear 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 a la Asamblea General de la ONU. Sin embargo, los Relatores no tienen ningún papel formal interno o una conexión institucionalizada con los organismos multilaterales pertinentes para los temas específicos de derechos humanos sobre los que informan (salud, alimentos, agua, migración, libertad de expresión, etc.). Así, las actuales estructuras multilaterales no maximizan el potencial de los Relatores para fortalecer el respeto de los derechos humanos más allá de despliegue de la fuerza normativa. Esta limitación demuestra la incapacidad del sistema de gobernanza global para facilitar estructuras que lleven 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 ONU⁵⁸ 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) incorporados en la Carta de las Naciones Unidas,⁵⁹ la Declaración Universal de Derechos Humanos,⁵⁵ y la Declaración del Milenio, para lograr un desarrollo sostenible. La visión debe ser acordada dentro del fortalecimiento de las asociaciones para el desarrollo, representando tanto al sector público como privado de todos los sectores sociales.

Retos para el futuro

Las normas sociales globales y los fundamentos económicos y políticos de los 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 una urbanización sin precedentes. Como se discutió en anteriores Comisiones de *The Lancet*,^{61,62} éstas las amenazas modificarán profundamente el panorama de la salud mundial. Las condiciones cotidianas de vida 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”, sino resultado 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, manejo de conflictos y crisis de gestión, estrategias para el desarrollo y política exterior.

Crece el descontento entre el público pues perciben un sistema económico mundial injusto que favorece una pequeña elite que goza de gran bienestar^{1,65} al precio de la degradación ambiental y social que afecta 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 de un “desarrollo centrado en las personas, basado en los derechos, inclusivo y equitativo”.⁶⁶ Entre septiembre del 2012 y marzo del 2013, la Consulta Temática Global sobre Salud en la Agenda Post-2015⁶⁶ generó una notable convergencia respecto a centrar la gobernanza en el centro de la nueva agenda universal para el desarrollo sostenible, colocando los principios de los derechos humanos -universales e indivisibles-, como la referencia para conducir una política coherente y con mutua rendición de cuentas. El documento final de la Conferencia sobre Desarrollo Sostenible⁶⁷ de la ONU en el

2012, expresó que la salud es una pre condición para, y un resultado, como indicador, para 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 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 pueden abordar.

Determinantes políticos en acción

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 desde lo local a organismos mundiales es crear un sistema de gobernanza que promueva, apoye y sostenga el desarrollo humano-especialmente para las personas más pobres y marginadas.

En esta sección, presentamos ejemplos de siete políticas de intervención en las que el actual sistema de gobernanza global ha fracasado en promover o proteger la salud o en abordar las inequidades en salud – la crisis financiera y las medidas de austeridad, la propiedad intelectual, los tratados de inversión, la alimentación, 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 interés conducen a normas, reglamentos o prácticas (determinantes políticos de la salud) que causan 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 intervenciones políticas globales 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 los procesos de gobernanza global afectan 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 escalara rápidamente a una crisis financiera global. Mientras el pánico se extendía por los mercados financieros, surgieron entre los inversores temores sobre de la enorme deuda del Gobierno griego lo 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 al pago de su deuda y a impulsar sus exportaciones y a una recuperación económica a largo plazo.

Frente a una crisis financiera nacional que creó 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 medidas de austeridad que han tenido efectos desastrosos 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 vieran congelados o reducidos sus salarios.⁶⁹ Puesto que los jóvenes fueron particularmente afectados, se le ha llamado la crisis de la generación. En el 2012, el desempleo en Grecia entre los jóvenes de 15-24 años fue del 55,2 %, 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 las medidas de austeridad, con su presupuesto reducido en un 40%, , entre otras consecuencias, ha reducido el acceso a medicamentos y cuidados de la salud.⁶⁸

Consecuencias en la 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 ya que los shocks económicos continúan con una disminución de la actividad económica, y un derrumbe de los ingresos fiscales. La ortodoxia responde recortando gasto público para reducir los déficits presupuestarios.⁷⁵ Pero esta estrategia no considera las consecuencias adversas sobre la salud. En respuesta a la crisis financiera mundial, la presión hacia la austeridad llevó a muchos países a reducir sus sistemas de protección social, minando la salud de la población.^{68,76,77} Las condiciones que acompañan los paquetes de rescate del FMI, el 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}

Los acontecimientos recientes 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 de ajuste estructural que incluyen no sólo recortes presupuestales para reducir el déficit fiscal, sino también una amplia gama de medidas para equilibrar déficits fiscales y comerciales, desregularizar la economía y privatizar las empresas del Estado.⁷¹ Estos programas involucran la aplicación de los 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 la 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 los en el África subsahariana a través de sus consecuencias en el empleo, el ingreso, los precios, el gasto público, 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, condiciones laborales y cotidianas ambientales, 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 el tema de la rendición de cuentas

Las principales causas de la crisis griega son complejas y todavía se discuten. Sin embargo es claro que los eventos que precipitaron la crisis financiera nacional y sus consecuencias, tuvo elementos transnacionales importantes fuera del control del Estado griego. El Gobierno Griego, presionado por los líderes de la Unión Europea e inversionistas extranjeros, tuvo 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 aprobación de los paquetes de austeridad, se aprobaron sin ningún referéndum luego que el Primer Ministro fuera obligado a renunciar.⁶⁸

Las 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 se implementan políticas fiscales que protegen la salud y el bienestar social, las economías pueden recuperarse sin resultados adversos para la salud.^{68,81-84} John Maynard Keynes señaló que los gobiernos, más que recortar el gasto, deberían estimular la economía en tiempos de crisis a través de un incremento del gasto, aceptando un aumento

temporal de la deuda pública que se contrarreste por un superávit cuando la economía se fortalezca.^{73, 85}

Islandia nos ofrece un ejemplo que muestra cómo la inversión más que los recortes en los sectores sociales, es un camino viable para la recuperación. Pese a que los bancos islandeses enfrentaron pérdidas masivas después del colapso del mercado inmobiliario norteamericano, los ciudadanos decidieron mediante referéndum, con un 93% de votos en contra, no apoyar un préstamo de rescate del gobierno a los bancos.⁶⁹ El gobierno optó por no cubrir pérdidas privadas con fondos públicos, y no tuvieron que buscar rescates de instituciones financieras internacionales o adoptar las políticas de austeridad adjuntas a ellas.⁶⁸ Contra el consejo de los acreedores internacionales, el gobierno -entre otras medidas- depreció su moneda, alzó algunos aranceles, invirtió en protección social y estímulos para el empleo, y mantuvo los altos impuestos en alcohol. Como resultado, la crisis financiera ha tenido pocos efectos secundarios en la salud nacional,⁶⁹ y el crecimiento económico ha sido robusto en los siguientes años,⁸⁶ con el desempleo decreciendo constantemente, se proyecta a menos del 5% para el 2013.⁸⁷ El FMI ha reconocido que las inversiones en los programas de protección social Islandeses 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 aun promueven la austeridad como la ruta adecuada para la recuperación.⁸⁸ Esta posición hace surgir preguntas acerca de cuánto peso se le da a la salud y el bienestar en la elaboración de la política económica y cómo se estiman los intereses de los acreedores contra el de los prestatarios en las crisis económicas. También plantea preguntas sobre la disponibilidad de mecanismos adecuados para exigir rendición de cuentas a los decisores de políticas internacionales, responsables de los efectos sobre la salud de las políticas que elaboran. Los líderes europeos, por ejemplo han aumentado su preocupación por la ausencia de rendición de cuentas del poderoso Banco Central Europeo, cuyos líderes han estado brindando préstamos de rescate condicionados a medidas de austeridad en varios países europeos.⁸⁹

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

En tanto los efectos perjudiciales de la crisis se aclaran, nuevas agendas surgen lentamente a nivel global. El incremento mundial del desempleo - se espera que sea 6% en el 2013, desde un 5.4% en el 2007⁹⁰- suscita discusiones en los organismos internacionales sobre la necesidad de una protección social mejorada de nuevos sistemas tributarios.⁸⁵ La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud identificó la protección social como uno de los más poderosos instrumentos para enfrentar la inequidad en salud en el 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 de todos los individuos.⁹¹ Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de los pobres del mundo

Panel 2: El nivel base de protección social

Apoiado por el Consejo Ejecutivo de las Naciones Unidas y por los jefes de estado y de gobierno en la Declaración de la Cumbre de Desarrollo del Milenio, el nivel base 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, seguros de empleo y servicios a las personas desempleadas y pobres.
- Acceso universal a servicios sociales básicos y asequibles en áreas de salud, agua y saneamiento, educación, seguridad alimentaria, vivienda y otras definidas por las prioridades nacionales.
- El nivel base 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

viven, crecen y trabajan sin una red de seguridad social. Olivier de Schutter, el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, sugiere tres razones importantes por las que los sistemas de protección social integral no son accesibles: los ingresos tributarios en países pobres son inadecuados como base financiera para los costos involucrados; los modelos de desarrollo contemporáneos (como los programas de ajuste estructural), apoyados 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 los shocks imprevistos, así que los aumentos repentinos de demanda de protección social coinciden en el tiempo con la reducción en las exportaciones nacionales y de los ingresos fiscales.⁹¹

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 nivel base de Protección Social Global (panel 2). La Conferencia de la OIT en el 2011, por ejemplo, discutió una posible recomendación internacional no vinculante de un nivel base de protección social para complementar estándares de seguridad social.⁴⁵ Diversos académicos han presentado argumentos a favor de un nivel base global de protección social bajo la forma de subsidios cruzados entre países, o de transferencias desde los países más ricos a los más pobres.⁹²⁻⁹⁴ Estos sistemas podrían eventualmente 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 tema transversal en los procesos de consulta internacional para la agenda de desarrollo post 2015 y en los debates sobre el desarrollo sostenible que han continuado desde la Conferencia de la ONU sobre el Desarrollo Sostenible en Río de Janeiro el 2012. Promover la protección social a nivel global requerirá alinear intereses que apoyen la protección social como una responsabilidad compartida y como una renovación de la solidaridad mundial. 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, presentó el marco de un enfoque para el financiamiento de la salud basado en el derecho a la salud. El informe puntualizó que las obligaciones del derecho a la salud requieren que los estados cooperen internacionalmente garantizando un 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 pronunciarse contra las consecuencias adversas de las políticas de austeridad para la 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 han desafiado también la ortodoxia neoliberal convirtiéndose en financistas por sí mismos; el Fondo Latinoamericano de Reservas ofrece apoyo para la balanza de pagos sin requerir condicionalidades del tipo que solicitan los programas de ajuste estructural.⁹⁷ Recientemente, el FMI ha reconocido algunas de las limitaciones de las políticas de austeridad en términos de los efectos adversos sobre la recuperación económica, la salud y el bienestar.^{68,98,99}

Gobernanza global para la salud: identificación de los desafíos clave

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 las instituciones que gobiernen estos volátiles mercados están desapareciendo. El capital ha sido liberado del control estatal y se ha reducido el espacio político de los gobiernos para controlar los flujos de capital que ingresan y que salen. Este desarrollo en cambio ha restringido la capacidad de los gobiernos para proteger la salud de sus poblaciones. Como se ha mostrado el interés de los gobiernos por mantener la confianza de los mercados financieros mundiales ha entrado en conflicto con la protección de la salud y el bienestar.

Las políticas de austeridad que fueron la condición para los rescates por las 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 rinden cuentas de las consecuencias de sus decisiones en la salud, 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 los nuevos medicamentos

En marzo del 2013, la Junta de Apelaciones del Órgano de Propiedad Intelectual de la India confirmó la primera licencia obligatoria en ese país para un medicamento, el sorafenib, utilizado en el tratamiento del cáncer de hígado y el riñón, cuya licencia había sido concedida un año antes. El Sorafenib tiene patente de la farmacéutica alemana Bayer, que había valorado el tratamiento mensual en US \$ 5,000.00 en la India. Los gobiernos pueden emitir licencias obligatorias para autorizar el uso de versiones genéricas de menor costo que fármacos de patente, 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 fuertemente los derechos de propiedad intelectual, a veces utilizan la alternativa de una licencia obligatoria, como EE.UU. hizo en 2001 para los fármacos contra el ántrax. La licencia obligatoria de la India autorizó a la firma Natco para producir una versión genérica del medicamento y pagar a Bayer una regalía del 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 la historia de un fármaco y la ley de patentes de un país, sino también un punto álgido en una prolongada contienda política mundial sobre cómo se producen ciertos tipos de conocimientos relacionados con la salud y a quienes beneficia. Debido a que el conocimiento ha tenido un papel central en la mejora de la salud durante el siglo pasado, las reglas globales referidas al conocimiento pueden afectar profundamente la salud. Una comunidad global de científicos y académicos produce un enorme volumen de investigación sobre políticas de salud, sistemas y prácticas, así como la investigación biomédica que puede ser dirigida al desarrollo de tecnologías que combatan la enfermedad y otras causas de una salud deficiente. Se ha estimado en US\$ 240 millones de dólares para el 2010 el total de la inversión pública y privada a nivel mundial para la investigación en salud, incluyendo la investigación de sistemas de salud, en tecnologías sanitarias y en desarrollo de la salud.¹⁰² A pesar que, en principio el conocimiento puede estar disponible para todos como un bien público global, en la práctica, sus beneficios se limitan frecuentemente a través del secreto o a través de los 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 vinculado a la salud y su acceso es el Acuerdo de la OMC sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Un objetivo político central de la 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, buscan garantizar a los autores (o sus herederos) los beneficios de su trabajo. Las Patentes, que generalmente duran 20 años desde que se solicitan, buscan dar a los inventores un monopolio limitado en el tiempo durante el cual pueden recuperar la inversión de su investigación y por lo tanto proporcionar un incentivo para la inversión privada en investigación.

El ADPIC exige que los países garanticen un nivel estandarizado mínimo de protección de la propiedad intelectual, basado en estándares de los países industrializados, entre ellos que incluyen: patentes por no menos de 20 años en todas las áreas tecnológicas, incluyendo los medicamentos; restricciones a los Estados de su margen político para excluir tecnologías específicas del sistema de patentes y límites en las salvaguardas del interés público admisibles en las leyes de Patente tales como las Licencias obligatorias

Antes de los ADPIC, muchos países -entre ellos los de Europa occidental- habían hecho excepciones especiales para alimentos, medicamentos, tecnologías agrícolas y educación, en sus leyes nacionales de patentes y derechos de autor. Pero la introducción de patentes sobre medicamentos, por primera vez, en muchos países, permitió que se fijen precios monopólicos para estos productos, incrementando aumentando las preocupaciones acerca de su 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 las patentes monopólicas sobre los precios y la disponibilidad de los medicamentos, ha hecho difícil cumplir para muchos países con sus obligaciones de respetar, proteger y cumplir con el derecho a la salud.¹⁰⁴ Además, las patentes por sí solas no convocan suficiente inversión para enfrentar las enfermedades que afectan predominantemente a los pobres, porque no representan un mercado suficientemente rentable; como resultado algunas enfermedades - o más bien algunas poblaciones - están olvidadas.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 estimando que sólo el 10 % de los fondos para la investigación se dirigen a estudiar las necesidades de salud más importantes 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, las bibliotecas están pagando un 210% más por un 5% menor de publicaciones.¹⁰⁷ En el 2012 aun una de las instituciones académicas más ricas del mundo, la Universidad de Harvard (Cambridge, MA, EE.UU.), anunció que ya no podía 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 ampliar las desigualdades de conocimientos existentes y restringir el acceso a información que es fundamental para mejorar la salud.

Determinantes políticos de la salud y el poder del mercado

Los ADPIC muestran claramente cómo el poder económico puede configurar la elaboración global de reglas, con consecuencias de largo alcance para la salud. La negociación sobre los ADPIC en los años 1980 y 1990 fue conducida por grupos de presión de un puñado de industrias con uso intensivo de propiedad intelectual en los EE.UU., Europa y Japón (principalmente farmacéuticas, tecnología de la información y entretenimiento). Estos grupos persuadieron a sus gobiernos para que incluyeran, bajo presión, un tratado multilateral vinculante sobre la propiedad intelectual en la Ronda Uruguay de negociaciones comerciales globales. Los 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 están predominantemente en los países ricos. La globalización de las normas sobre patentes daría lugar a una transferencia neta de recursos desde los países pobres a los países ricos en forma de regalías, al mismo tiempo que restringe el acceso a conocimientos y tecnologías que podrían mejorar la salud y estimular el desarrollo económico. Sin embargo, una combinación de "zanahorias" (concesiones en agricultura y textiles) y "palos" (presión del comercio bilateral de los EE.UU.) condujeron a que se firmara el Tratado en 1994.¹⁰⁹

Aunque las preocupaciones sobre los efectos en la salud de los ADPIC se ha enunciado ampliamente por la sociedad civil y muchos países en desarrollo,¹¹⁰ el acuerdo se ha es crecientemente importante con el continuo crecimiento de la economía del conocimiento. Los ADPIC son casi inmodificables porque las reglas de la OMC obligan a que todos los miembros concuerden en cualquier cambio, una posibilidad remota ya que los países más avanzados e industrializados se benefician generosamente a partir de estas reglas. Así los ADPIC muestran cómo las grandes desigualdades de poder modelan las reglas iniciales del juego y continúan perpetuando esa desigualdad.

El surgimiento de normas de acceso

Las organizaciones de la sociedad civil y gobiernos se movilizaron en respuesta a las preocupaciones sobre los ADPIC y la salud pública. En la década pasada se ha visto un cambio normativo, ampliamente difundido, en el enfoque sobre las patentes de medicamentos, en gran parte impulsado por la respuesta a la pandemia del VIH, particularmente las patentes de drogas antiretrovirales.³⁹ Como resultado, más de 90% de medicamentos para VIH (en volumen) que se utilizan actualmente en los países de ingresos bajos o medios son genéricos.¹¹¹ El primer cambio normativo se evidenció en la Declaración de Doha de la OMC el 2001, sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que todos los gobiernos miembros de la OMC acordaron que los ADPIC "no pueden y no podrían impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública."¹¹²

Los gobiernos han iniciado un uso más agresivo de una variedad de enfoques políticos para contrarrestar los altos precios de medicamentos, incluyendo las flexibilidades de

los ADPIC así como las Licencias Obligatorias. También se ha puesto en marcha nuevos enfoques colaborativos, como el Fondo de Patentes Medicas (*Medicines Patent Pool*), que negocia licencias voluntarias orientadas a la salud pública con las detentadoras de los derechos, autorizando la producción competitiva de medicamentos genéricos para el VIH para su uso en países en desarrollo.

Este acceso normativo se ha ampliado a otras enfermedades, como tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas, como se muestra en las iniciativas de los grandes donantes (tales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y UNITAID), los programas de donación de empresas farmacéuticas y de descuentos para países de bajos ingresos; y una bien desarrollada comunidad de vigilancia de las organizaciones de la sociedad civil, académicos y analistas. La investigación en enfermedades olvidadas también se ha incrementado notablemente en la última década, pasando de casi no existir proyectos en el 2000 a más de dos docenas de asociaciones público-privadas para el desarrollo de productos y cerca de US\$3 millones de dólares de inversión para el 2011.¹¹³

Finalmente, los últimos años se ha observado un creciente apoyo al libre acceso a publicaciones científicas, así como la aparición de nuevos modelos editoriales. Las Revistas de acceso abierto, iniciadas en la década de 1990, publican, en internet, artículos académicos revisados por pares. Cerca de 5000 revistas de este tipo se publican en la actualidad, incluyendo revistas administradas profesionalmente como las administradas por la Biblioteca Pública de Ciencia y BioMed Central. El creciente apoyo a las publicaciones de acceso abierto se reforzó por una innovadora ley del 2007 en EEUU, que obliga que los artículos que escriban los becarios de los Institutos Nacionales de Salud, la mayor fuente de financiamiento de investigación biomédica,¹¹⁴ y sean resultados de las investigaciones financiadas por el Instituto estén disponibles en acceso abierto dentro de los 12 meses de publicación.¹¹⁵ Los beneficiarios pueden cumplir publicando en una revista de acceso abierto o colocando su artículo en un repositorio 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, señalando el creciente impulso del acceso abierto a artículos 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, continua siendo lo común los altos precios de los nuevos medicamentos (en especial en los mercados emergentes), el uso de las flexibilidades de los ADPIC sigue siendo excepcional,¹¹⁷ y el margen político para garantizar el acceso a los conocimientos relacionados con la salud y para proteger la salud dentro de los regímenes de comercio y de protección de la propiedad intelectual, está amenazado. A pesar de la Declaración de Doha, muchos países en desarrollo continúan bajo presión

en sus negociaciones comerciales regionales o bilaterales comerciales por los países exportadores de propiedad intelectual para que promulgen o apliquen condiciones más estrictas o restrictivas en sus leyes de patentes (las llamadas disposiciones ADPIC - plus). Aunque tratan muchos asuntos de interés público, las negociaciones comerciales casi siempre son a puerta cerrada, y casi no hay oportunidad para una revisión pública de los borradores de acuerdos. En principio, los estados soberanos podrían rechazar, en las negociaciones comerciales, las disposiciones adicionales de los ADPIC, pero en la práctica pueden elegir el transigir en sus preocupaciones sobre salud pública para lograr otros objetivos, como mejorar el acceso a mercados de exportación. Además, a pesar que se ha incrementado sustancialmente la inversión en investigación sobre las enfermedades desatendidas, el actual sistema mundial de investigación sigue siendo fragmentario, ineficiente, costoso y mal financiado.¹¹⁸

Gobernanza global para la salud: identificando los desafíos clave

Existe una gran desigualdad entre el poder económico y la pericia de las industrias y los países de altos ingresos que pueden beneficiarse de la construcción de un riguroso régimen de propiedad intelectual, y los países de bajos ingresos que deberán pagar mayores regalías mientras tienen un acceso restringido al conocimiento. Estas desigualdades de poder se refuerzan por 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 ausencia de transparencia y de participación pública en la negociación de los acuerdos comerciales que involucran disposiciones sobre la propiedad intelectual representa un grave déficit democrático. Por último, hay escasez de instituciones adecuadas que aseguren que hay suficiente investigación dirigida a las mayores necesidades en salud.

Los tratados de 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) representó aproximadamente el 10% del PIB mundial en 2007. La inversión directa extranjera mundial se estimó en US\$ 130 mil millones en 2012; un aumento gradual se ha dirigido a los países en desarrollo, los 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 de inversión, incluyendo tratados bilaterales de inversión y los capítulos de inversión en los Acuerdos de Comercio o Asociación económica.¹²⁰ Los gobiernos firman tratados bilaterales de inversión para atraer inversión extranjera y reafirmar ante los inversores que recibirán un trato justo en un territorio extranjero. El propósito de los Tratados

bilaterales de inversión es proteger los flujos monetarios y excluyen generalmente aspectos como la salud, medio ambiente y empleo.¹²¹ Estos tratados han sido utilizados recientemente por Empresas para desafiar regulaciones nacionales de salud. Este desarrollo ha despertado preocupación por que las reglas de inversión transnacional pueden desalentar o quebrantar las políticas nacionales de salud, especialmente cuando Empresas económicamente poderosas y con muchos recursos desafien legalmente a 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 consumo global de productos de tabaco está aumentando. Aunque las tasas de tabaquismo están cayendo en algunos países de ingresos altos y de ingresos medios-superiores, en respuesta a una serie de políticas de control del 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 indicador de inequidad social, porque las consecuencias en la salud del tabaquismo afectan desproporcionadamente a 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 iniciado la aplicación de este Tratado estableciendo impuestos al tabaco, prohibiciones o restricciones en publicidad, advertencias sanitarias en los paquetes, regulaciones del producto y políticas de áreas libres de tabaco. Sin embargo estas políticas han enfrentado desafíos legales nacionales e internacionales como violaciones de las obligaciones nacionales en virtud de acuerdos de Comercio e Inversión bilaterales, regionales y multilaterales.

Luego de firmar el CMCT en el 2003, Uruguay incorporó una serie de medidas de control del tabaco. En el 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 más efectivas que el texto pequeño de advertencia sobre los daños en la salud.¹²⁶ En lugar de llevar el caso a los tribunales uruguayos, Philip Morris recurrió al Centro Internacional de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI), un tribunal internacional en el Banco Mundial, en Washington, DC, EE.UU., creado 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 disposiciones para el arreglo de controversias entre el Inversor y el Estado que permiten a empresas extranjeras cuestionar legalmente regulaciones nacionales que reducen el rendimiento de su inversión.

El caso uruguayo no es 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. SE han presentado muchos casos relacionados con la salud y legislación ambiental basándose en los tratados bilaterales de inversión y los capítulos de inversión de Tratados comerciales como el Tratado de Libre Comercio Norteamericano (TLCAN).¹²⁷ Philip Morris también inició una disputa legal contra la regulación Australiana solicitando 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 en ser tratado a través de los procedimientos de solución de controversias entre inversionistas y Estados. En el 2012, la compañía farmacéutica Eli Lilly desafió las Normas de patentes de Canadá luego 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. Recientemente fracasó el 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, en gran parte debido a la oposición de los países en desarrollo y grupos de la sociedad civil que temían promovería los derechos de los inversionistas sobre los del Estado.¹³⁰ Sin embargo, la red resultante de normas transnacionales que fue desarrollada bajo un escrutinio mucho menor que el marco multilateral propuesto, ha dado lugar a un sistema fragmentado de acuerdos bilaterales y regionales, en los cuales la salud tiene muy poca importancia.^{130, 131} Cuando se enfrentan a un desafío legal en virtud de un tratado bilateral de inversiones iniciado, por ejemplo, por una empresa transnacional, los gobiernos pueden revisar sus reglamentos, pagar una indemnización, o finalmente decidir no adoptar algunas políticas para evitar costosos litigios.

Por otra parte, han surgido preocupaciones en relación a que los procesos de arbitraje atraviesan un grave déficit democrático. La existencia de casos, los argumentos y las decisiones finales pueden mantenerse en confidencialidad, de manera tal que no es posible el escrutinio público de los casos, 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 legales que también representan empresas en esos tribunales - deciden a puerta cerrada sobre temas cruciales de política pública. Tanto en el diseño como en su ejecución, el proceso de discusión y busca de soluciones sobre acuerdos de inversión refleja 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 su regulación, el gobierno uruguayo consideró inicialmente ceder y cambiar su legislación. Sin embargo, la comunidad global de control del tabaco se movilizó para facilitar el acceso a servicios de expertos legales que apoyaran al gobierno, el que ahora enfrenta el desafío en el ICSID. El peso normativo del CMCT y las fuertes redes de la sociedad civil mundial que se han construido para apoyar su aplicación proporcionan un contrapeso al régimen de inversión.

El Gobierno de Australia recientemente derrotó un desafío legal de 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 cuando enfrentan 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 ámbito político nacional. Sin embargo, tales ejemplos son raros. Las normas mundiales que salvaguardan los intereses del mercado sustituyen otras preocupaciones, 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 aplicarse en nuevas áreas. Repetitivas invocaciones solicitando una mayor transparencia en la solución de disputas sobre inversiones han producido pocos cambios sustanciales en la forma en que 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 para acceder 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 de tales procedimientos, con salvaguardas 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, aparece un déficit democrático por la naturaleza confidencial de los procedimientos de solución de controversias. En segundo lugar, mientras que existen fuertes instituciones para proteger los derechos de los inversionistas, los mecanismos para responsabilizar a inversores responsables de efectos negativos en salud son débiles. Por último, los acuerdos de inversión se han mostrado como difíciles de reformar: a pesar de algunos progresos, las invocaciones para aumentar sustancialmente la transparencia del sistema, se ha mostrado difícil de implementar.¹³⁴

Alimentos y equidad en salud

La naturaleza política de la nutrición

Como ha señalado Olivier de Schutter, Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Alimentación: "Una de cada siete personas en el mundo está desnutrida, y muchos más sufren de 'hambre oculto' por deficiencia de micronutrientes, mientras que 1,300 millones de personas tienen sobrepeso u obesidad".¹³⁵ De Schutter señala una paradoja fundamental en la actual situación mundial en lo referente a la alimentación y la nutrición. Mientras miles de millones se mueren de hambre y pasan hambre, millones de personas tienen enfermedades vinculadas a la obesidad. Al mismo tiempo, la producción mundial de alimentos está aumentando y actualmente cubre el 120% de las necesidades alimentarias mundiales.^{2, 136}

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

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 a alimentos suficientes, seguros y nutritivos que satisfagan sus necesidades nutricionales y preferencias alimentarias para una vida activa y saludable.¹³⁹ Los sistemas alimentarios nacionales son afectados crecientemente por actividades del nivel global, a menudo presionando aun más 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, incluyendo Los Acuerdos de Comercio agrícola¹⁴⁰, la volatilidad de los precios^{141,142}, la especulación financiera^{143, 144}, la sustitución de cultivos tradicionales por cultivos de exportación,^{143,145} y la comercialización de alimentos poco saludables por las grandes corporaciones.¹⁴⁶

Los cambios en el sistema mundial de alimentos son los principales impulsores de la doble carga de malnutrición, en la que la obesidad paradójicamente convive con el hambre y la desnutrición.¹⁴⁷ El consumo excesivo de grasas con alto contenido energético y azúcares deriva en obesidad, que actualmente 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 por el mismo costo,¹⁴⁹ las condiciones sociales y económicas resultan en una gradiente social de calidad dietaria.¹⁵⁰

La mayoría de las personas que viven con menos de US\$1,25 al día, en cualquier parte del mundo, reside en zonas rurales donde dependen básicamente de la agricultura.¹⁵¹ La volatilidad global de los precios de los alimentos, afecta por consiguiente, tanto a los consumidores como a los productores. Los últimos años han sido testigos de un aumento de la volatilidad en los precios de los alimentos a nivel mundial, sobre todo entre el 2007 y el 2008 cuando el precio de los alimentos básicos aumentó drásticamente, hasta un 70% desde los valores de la línea base del 2002-2004.¹⁵² Como resultado, el número de personas que viven en la pobreza extrema pasó de 130 a 150 millones,¹⁵³ y estallaron disturbios por alimentos en varios países en desarrollo en todo el mundo, amenazando la estabilidad de varios gobiernos. Al menos 40 millones de personas fueron enviadas 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 llegó a 963 millones.¹⁵⁴ La gente en los países más pobres soportó la peor parte de las alzas en los precios de los alimentos.

Inseguridad alimentaria en una economía globalizada

Muchos países de bajos ingresos liberalizaron sus economías en los años 80, a menudo como condiciones establecidas por los préstamos externos. El comercio agrícola se condujo mayoritariamente fuera del sistema multilateral hasta el Acuerdo de 1994 sobre Agricultura que colocó los alimentos bajo el paraguas de la OMC. El Acuerdo obligaba a los miembros de la OMC a aumentar el acceso al mercado de 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, sus expectativas con frecuencia no se alcanzaron. Los países de altos ingresos ya estaban en ventaja cuando el Acuerdo entró en vigor, ya que eran los únicos estados que ya tenían sustanciales subvenciones a la exportación, por lo que solo es-

taban obligados a reducir el valor de los mismos, mientras que muchos países en desarrollo no tenían subsidios vigentes, y no pudieron introducir ninguno luego del Acuerdo.¹⁵⁵

Sus constantes subsidios agrícolas han permitido a EE.UU. y la Unión Europea exportar los excedentes de alimentos a países de bajos y medianos ingresos, provocando el desplazamiento de la producción local de alimentos e incrementando la dependencia de los pequeños agricultores de las importaciones de alimentos, generando con frecuencia más inseguridad alimentaria.^{76, 155} Los países en desarrollo están también obligados crecientemente a promover menores aranceles, subsidios a la exportación y apoyo a la agricultura nacional y a 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 ha contribuido también a la creciente pandemia de obesidad.¹⁵⁷ La profunda penetración de corporaciones multinacionales de alimentos en los mercados alimentarios de los países de ingresos medios 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 tasa de enfermedades no transmisibles.^{146, 149} Este cambio en los patrones dietarios y los cambiantes desafíos nutricionales han surgido como cadenas de valor corporativas que integran la producción, transporte y distribución de alimentos, con un amplio acceso desde los agricultores hasta los consumidores. Con la rápida expansión de los supermercados globales en América Latina, Asia y África, es cada vez más difícil para los pequeños productores de alimentos acceder al mercado mundial de alimentos.¹⁵⁸ El dominio de unos pocos poderosos actores con crecientes capacidades de negociación podría dar lugar a un mercado global de alimentos indiferenciado en el que el bienestar de los consumidores se mida por el precio más que por el valor nutricional o los efectos en su salud.¹⁵⁸

Las reglas que gobiernan otras áreas, además del Comercio también tienen efecto en los alimentos -por ejemplo, los acuerdos internacionales para promover el cultivo de biocombustibles o la liberalización de las normas nacionales de inversión, permitiendo el arrendamiento transnacional de tierras en 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 sobre la producción y suministro de alimentos.

La crisis alimentaria mundial de 2007-08 incrementó la atención política sobre la forma en que las limitaciones en la gobernanza alimentaria afecta la seguridad alimentaria global, y enfatizó los efectos adversos de los mercados financieros no regulados. Algunos analistas 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, 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 mercados a futuro de materias primas en una escala masiva.¹⁴⁴ Las condiciones por las que se permitió la especulación en productos alimenticios básicos, exacerbaron el efecto de la oferta regular del mercados de suministros y los mecanismos de demanda. Así, aunque la promoción de biocombustibles y el cambio de la demanda de alimentos en las economías emergentes, fueron catalizadores que desataron una burbuja especulativa gigante, el aumento del comercio en los mercados de futuros de productos básicos fue la razón subyacente de la extrema volatilidad de los precios de los alimentos.^{142,163}

Inequidad del Poder e intereses divergentes

Muchos actores diferentes son responsables de los diversos aspectos de la seguridad alimentaria: Autoridades nacionales, propietarios de tierras, organismos multilaterales, empresas transnacionales y autoridades regulatorias en los sectores de salud, agricultura y comercio. Juntos constituyen un complejo de intereses divergentes¹⁶⁴⁻¹⁶⁶ y superpuestos con desigual poder y diferentes capacidades para influenciar estructuras y procesos.

Generalmente, las instituciones, acuerdos y leyes vinculadas a las finanzas y al comercio son más poderosas que las que tratan con la seguridad alimentaria.^{164, 166,167} Por ejemplo, la capacidad que tienen los Estados huésped (es decir, el estado en donde el inversionista se registra) para obligar que los inversionistas dirijan sus capitales de modo que no violen la seguridad alimentaria está socavada por la sobreprotección y la sub-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 mínima intervención del Estado, y el Sistema de derechos humanos de la ONU, en el que el principal objetivo es obligar a los Estados a respetar y cumplir con los derechos humanos (como el derecho a la alimentación), en particular los de las poblaciones más vulnerables.¹⁶⁸ Además es difícil reformar las normas existentes sobre el comercio agrícola para proteger mejor la salud, ya que los procesos de toma de decisiones en la OMC requiere el consenso entre todos los países miembros.

Tradicionalmente, ha sido escasa la participación política de las personas afectadas por las políticas agrícolas y alimentarias (por ejemplo, la los pequeños productores de alimentos, comunidades marginadas e indígenas).¹⁶⁹ ¹⁷⁰en la gobernanza global en alimentación y agricultura.

Por el contrario, los actores del mercado como las empresas transnacionales y los especuladores financieros crecientemente expanden su espacio político y su influencia en los procesos de toma de decisiones a nivel global, sin rendir cuentas respecto a las 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 las comunidades locales tienen un mejor acceso y control de 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 de los mercados de alimentos que se evidenciaron en la crisis de precios del 2007-08 generaron una sensación de urgencia por la reforma institucional. La arquitectura mundial de seguridad alimentaria parecía fragmentada y descoordinada, reflejando un desacuerdo global sobre la mejor manera de alcanzar la seguridad alimentaria. En el 2008, la Consejo Ejecutivo 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, convocando dos líneas de política: sistemas de protección social y políticas para estimular la capacidad productiva a largo plazo, la resiliencia, y las oportunidades de ingresos a través de inversiones que prioricen el interés de los pequeños agricultores.

Otra iniciativa destacada fue la reforma del 2009 del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, 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 inclusivo 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 los pequeños productores de alimentos y a los consumidores urbanos pobres.¹⁶⁴ Además, se estableció un grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición, incluyendo actores de la sociedad civil, académicos e investigadores. Este órgano científico independiente propone propuestas basadas en evidencias, 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 implicancias considerables para la seguridad alimentaria. Sin embargo, cuando ni la seguridad alimentaria, ni la salud humana se encuen-

tran entre sus objetivos, la salud puede -y a menudo ocurre- sufrir las consecuencias de sus actividades. Existen evidentes desigualdades de poder económico por una parte entre los hogares pobres que destinan gran parte de sus ingresos a alimentos y los países pobres que son importadores netos de alimentos, con, por otra parte, los inversionistas y las empresas que se benefician de la especulación en los precios mundiales de los productos alimentarios y de las exportaciones netas de alimentos. Se necesitan nuevas instituciones para regular la especulación de alimentos.^{144, 173}

El efecto negativo de los determinantes políticos globales en la seguridad alimentaria muestran las graves deficiencias en el sistema de gobernanza global: ninguna institución global tiene la autoridad y la responsabilidad de garantizar la seguridad alimentaria; la reforma de las normas existentes sobre el comercio agrícola para mejorar la 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.

La Conducta de las corporaciones transnacionales y la 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 todo el mundo. Esta situación afecta de muchas maneras la vida de los individuos y las comunidades: sus condiciones laborales (en fábricas, campos, minas, etc.); sus patrones de consumo (por ejemplo, a través de la publicidad) y no menos importante, las condiciones de su medio ambiente.

Un vertido de residuos tóxicos en Abidjan, Costa de Marfil, mostró claramente cómo la sub regulación, las empresas transnacionales puede afectar negativamente la salud. En la mañana del 20 de agosto del 2006, los residentes de la ciudad de África occidental se despertaron con un mal olor. Se habían arrojado desechos tóxicos 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 determinantes globales 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 diversos países para procesar los residuos tóxicos al precio que estaba dispuesta a pagar. Sus esfuerzos atravesaron el Mediterráneo, los Países Bajos, Estonia, Nigeria y por último en 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 se saturaron pronto saturados y las agencias internacionales ayudaron

al sobrecargado personal médico local en las siguientes semanas. Menos de 2 meses después, los centros de salud habían registrado más de 107,000 personas afectadas por los residuos. Las autoridades nacionales atribuyen al menos 15 muertes a la exposición.¹⁷⁴ No se ha desarrollado ningún monitoreo ni estudios epidemiológicos para evaluar los efectos a mediano y largo plazo. No se ha hecho pública información completa sobre la composición de los residuos. Las principales preguntas surgen: ¿por qué pasó esto donde ocurrió y quien debería rendir cuentas?

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

Se han expresado serias preocupaciones sobre el efecto de las empresas transnacionales en el bienestar humano, especialmente en lugares donde la autoridad reguladora del gobierno es débil. Un conjunto de regulaciones voluntarias e iniciativas de responsabilidad corporativas se han puesto en marcha en múltiples industrias para enfrentar el déficit de gobernanza. Sin embargo, persiste la preocupación de que algunas empresas exploten las diferencias regulatorias de distintos países para maximizar los beneficios.

El caso de los residuos tóxicos vertidos en Abiyán muestra cómo los sistemas de gobernanza global y de aplicación del derecho internacional han fallado para 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 por una parte la subregulación de las actividades de las corporaciones transnacionales, y de la salud por el otro, no se limita al manejo de las toxinas. Durante mucho tiempo, las industrias extractivas que operan con petróleo, gas y minería han sido reconocidas como las más perjudiciales para el medio ambiente, la salud y las condiciones de vida.¹⁷⁵ Por ejemplo, la minería tiene una alta mortalidad laboral.¹⁷⁵⁻¹⁷⁷ El envenenamiento accidental y la exposición a las toxinas en la industria mata unas 355 000 personas al año,¹⁷⁸ de las que los países en desarrollo representan dos tercios de las 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 liberados directamente al ambiente.¹⁷⁶

Las inversiones extranjeras directas y el espacio político

La inversión extranjera directa se considera ampliamente como un vehículo importante para promover el crecimiento económico y el 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

za, lo que por su parte se espera que saque más gente de la pobreza. Anand y Sen¹⁸³ advierten sin embargo que por el contrario, sus efectos podrían aumentar la desigualdad y el deterioro del bienestar humano. Un complejo sistema de normas y regulaciones globales se ha puesto en marcha para proteger y promover el flujo de capital, pero excluye en su mayoría, temas de política pública, como la salud, el medio ambiente, y empleo.¹²¹

Para los gobiernos que las acogen, las actividades de las empresas transnacionales pueden usarse para ayudarlos en el incremento del crecimiento económico y por lo tanto deben apoyar y fomentar que las empresas crezcan a través de incentivos fiscales que atraiga la inversión extranjera directa. Los países también han desregulado los estándares laborales y medio ambientales y limitado los impuestos 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. Han llamado la atención y documentado el sufrimiento de las comunidades afectadas, la explotación de los recursos naturales, la degradación del medio ambiente y el deterioro de las condiciones laborales. Han hecho un llamado para incrementar el espacio político que legitime las políticas sociales en los países que acogen empresas. Hacen hincapié en la necesidad de acuerdos transparentes y de la incorporación de estándares básicos laborales y medioambientales en los tratados que se discutan.^{184 – 186}

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

Las Leyes y normas internacionales tienen un rol importante, aunque incompleto, en la regulación de la conducta de las 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 del inversionista.¹⁷⁵ Las disputas pueden llevarse al CIADI, que ofrece conciliación y arbitraje para disputas de inversión entre estados contratantes y los nacionales de otro estado contratante. 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 están menos desarrollados.

Los Principios Rectores de las Naciones Unidas sobre Empresas y Derechos Humanos del 2011¹⁸⁷ aclara 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 agrupaciones 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 del 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 hacerla cumplir, su aplicación permanece a discreción 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 abogados durante varias décadas para llevar ante tribunales estadounidenses juicios por 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 la rendición de cuentas transnacional.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 extractivas.¹⁹³ De forma similar, la Iniciativa de Transparencia de Industrias Extractivas¹⁹⁴ promueve la mejora de gobernanza en los países ricos en recursos naturales 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 muestra el caso de Trafigura, el marco normativo vigente continúa siendo inadecuado para proteger la salud. Existen grandes desigualdades de poder entre las empresas multinacionales que toman la decisión de dónde invertir o establecer instalaciones productivas, y los países pobres que buscan atraer este tipo de inversiones ofreciendo bajos costos a través de, entre otros métodos, una laxa aplicación regulaciones sobre el empleo, el medio ambiente y las regulaciones sociales.

El desafío de la regulación de las empresas transnacionales en una economía globalizada muestra varias disfunciones

del sistema de gobernanza global, incluyendo: la escasez de normas y códigos de conducta que vayan más allá del nivel voluntario; debilidad de los mecanismos de rendición de cuentas de las corporaciones transnacionales a las personas cuyas vidas y la salud son las más afectadas directamente por sus acciones; debilidad institucional para hacer cumplir las normas internacionales, las leyes y las normas cuando son violadas por las empresas transnacionales y la ausencia de instituciones que aseguren que la competencia entre los estados por la inversión extranjera directa no conduzca 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 una vacío fundamental normativo e institucional en la gobernanza global. A pesar de los tratados internacionales de derechos humanos existentes que, en teoría, deberían proteger a los migrantes, independientemente de su situación jurídica en un país, en la práctica, los estados disponen de un gran margen de discrecionalidad sobre cómo son tratados los migrantes.¹⁹⁶ Debido a la dificultad para hacer cumplir el derecho internacional forzando a los estados que no están cumpliendo con sus obligaciones internacionales sobre derechos humanos 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 un deterioro de la articulación y lo refirieron para una cirugía de reemplazo de cadera. Sin embargo, el Departamento de Cirugía del hospital le negó el procedimiento, debido a que

su solicitud de asilo había sido rechazada, con 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 gratuito a la evaluación médica gratuita, el diagnóstico y tratamiento a cualquier persona en el país, independientemente de su situación legal. Para el tratamiento de la cadera, sin embargo, el Hospital al que acudió no sería reembolsados por el costo.¹⁹⁸

Falta de respeto a los Derechos de los migrantes ilegales

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

A menudo, los migrantes son desproporcionadamente sometidos a una condición socioeconómica de pobreza por su condición migratoria, origen étnico y procesos de exclusión social,^{203, 204} siendo vulnerables a abusivas condiciones laborales en los que las regulaciones no se imponen.^{195, 205} Además, en muchos países los inmigrantes indocumentados están en gran medida excluidos de los servicios sociales y de cuidado de la salud,²⁰⁶ relegando a los migrantes ilegales o indocumentados a una salud más pobre que la de los migrantes legales. Por ejemplo, en la Unión Europea, la mayoría de los países ofrecen sólo atención de emergencia para migrantes indocumentados. Además, el miedo a la deportación limita aún más el uso de la atención de salud por los inmigrantes.

El mundo tiene más o menos 214 millones migrantes, que representan el 3,1% de la población mundial.²⁰⁷ Una serie de factores complejos interrelacionados, que incluye conflictos, desastres ambientales y limitaciones socioeconómicas, puede conducir a la gente a abandonar sus países de origen por territorios y jurisdicciones desconocidas. Muchas de estas personas pueden considerarse como migrantes por supervivencia, ya que

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 arbitrariamente le retira la autorización para trabajar que se vincula a su estado migratorio.

emigran a causa de desesperantes condiciones económicas y sociales, pero no se ajustan a la definición de refugiado de la Convención sobre Refugiados de 1951.¹⁹⁶ Desde 1980, el número de los así llamados migrantes ilegales ha aumentado rápidamente, convirtiendo la migración ilegal en una de las formas de 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, es decir el 15 a 20% de todos los migrantes internacionales.^{209, 210}

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 semi calificados en muchas sociedades, los Estados tienden a alentar y legitimar la migración calificada y limitar o deslegitimar la migración laboral de personas poco calificadas debido a la hostilidad política que se basa en el temor que los migrantes poco calificados amenacen los empleos de los trabajadores locales y sus condiciones laborales.¹⁹⁵

Aunque puede reconocerse las contribuciones económicas de los trabajadores migrantes ilegales, la migración laboral ilegal no es una tendencia bienvenida por los países de destino, persistiendo un debate de fondo sobre la tarea y la asignación de responsabilidades por la persistencia de trabajadores migrantes ilegales.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 al asegurar el tratamiento contra enfermedades infecciosas. Más allá de esta prestación básica, el acceso a la atención se restringe y es provisto principalmente por organizaciones caritativas.²⁰⁶

La insuficiente adopción inadecuada de las normas sobre derechos humanos

El flujo internacional de migrantes ilegales confronta en qué sentido los derechos humanos y el valor humano y la dignidad que se reflejan en ellos – pueden considerarse universales. Garantizar el respeto de los derechos humanos universales de los migrantes ilegales y su implementación en la legislación nacional es un reto que no cuenta con una institución autorizada que establezca las 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 muy débiles para la rendición de cuentas de los Estados sobre sus obligaciones respecto a sus derechos humanos.^{196, 212, 213}

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

La Protección de los migrantes ilegales en la agenda política

La preocupación internacional por los derechos humanos de los inmigrantes ilegales se ha fortalecido debido al mayor interés de los medios de comunicación sobre sus atroces condiciones de vida y los peligrosos medios de viaje que utilizan.¹⁹⁶ Las Organizaciones civiles y religiosas, los grupos de trabajo y las ONG están cada vez más activas en este tema. La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja indica con frecuencia la necesidad de reconocer y proteger los derechos de migrantes ilegales y el Consejo de Europa aprobó en el 2006 una resolución sobre los derechos humanos de los migrantes ilegales.¹⁹⁶ El Grupo Asesor del Nivel base 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 un conjunto de recomendaciones al Consejo de Derechos Humanos de la ONU con la finalidad que se respeten protejan y cumpla en asegurar el derecho a la salud de todos los trabajadores migrantes incluyendo los ilegales.

A pesar de ello, hasta ahora los Estados han sido reacios a comprometerse con los nuevos acuerdos multilaterales formales que protegen 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 integrantes de sus Familias) sólo ha sido ratificado por 47 países; y ninguno de los principales países receptores de emigrantes ha reconocido los derechos de los inmigrantes ilegales que se especifican en la convención.²⁰⁸ En lugar de

la firma de acuerdos multilaterales formales, la mayoría de los Estados receptores de migrantes prefieren desarrollar 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. En tanto los Estados no se reúnan y concuerden en las directrices para la aplicación de las normas jurídicas existentes sobre la situación de los migrantes vulnerables y se aclare que organismos internacionales son responsables de implementarlas, probablemente la situación de los migrantes vulnerables, continúe decayendo a través de las grietas del sistema.¹⁹⁶

Gobernanza global en salud: Desafíos clave identificados

Los migrantes que cruzan las fronteras en busca de mejores condiciones de vida a menudo, no tienen representación democrática, ni a nivel nacional o global. Están desempoderados frente al país de acogida, que tiene el poder de determinar su situación jurídica y el grado relativo de desarrollo social, económico, político y exclusión legal de la sociedad. La dificultad para garantizar la protección de los derechos humanos y a la salud de migrantes ilegales transfronterizos muestra las disfunciones en el sistema de gobernanza global: los 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, en particular los ilegales; y también son débiles las instituciones que aseguren que se toma en cuenta la salud en el desarrollo de las políticas de migración.

Los patrones de la violencia armada y sus efectos en la salud

Cambios en los patrones de violencia

Los patrones de violencia armada en todo el mundo han estado cambiando y expandiéndose en los últimos 15-20 años, más allá de las características tradicionales de los conflictos armados estructurados. En comparación con las grandes guerras entre Estados del siglo XX, los conflictos armados entre grandes naciones son actualmente relativamente escasos. Ha descendido el número de Guerras civiles -aquellas entre un gobierno establecido y una fuerza rebelde - desde un máximo en los años 1990,^{5,217-219} aunque suelen persistir durante muchos años contribuyendo a una crisis de desplazados internos y refugiados bajo protección así como una prolongada inseguridad fronteriza.

Con los patrones de la violencia armada que han surgido en este siglo, el régimen de Gobernanza Global debe enfrentar casos de conflictos armados entre grupos dentro del estado, que se llevan a cabo por motivos comunales, sectarios, o ideológicos, y se fortalecen por el deseo de dominar el territorio y sus recursos.^{5,217-219} Aunque estas campañas organizadas de violencia armada tienen numerosas causas de base, a menudo se manifiestan como ataques violentos contra la población civil, graves amenazas

Panel 4: Conflicto permanente en la República Democrática del Congo

A pesar del fin oficial de la guerra en la República Democrática del Congo (RDC) en el 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 situados más allá del alcance de la atención de los servicios de salud - se dirigen directamente contra los civiles, incluyendo niños y ancianos.²²⁵⁻²²⁶ Los múltiples ataques letales y no letales a estos civiles han incluido graves y generalizadas violaciones individuales y grupales de mujeres, niñas y niños,²²⁷ siendo imposible ocultarse o encontrar lugares seguros a las personas que han tratado de huir.²²⁵

El conflicto en el este de la República Democrática del Congo ha incrementado el crimen, con las partes en conflicto compitiendo por el control de la tierra y los recursos naturales.²²⁸ La RDC de 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 se utiliza 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 el establecimiento de un alto al fuego permanente o de un proceso sostenible 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 externas.²²⁹ La asistencia médica humanitaria se ha restringido notablemente por el conflicto, y los servicios del gobierno en las regiones más disputadas han colapsado.²³⁰

Se debe priorizar terminar con el reino de la violencia armada en la región, lo que requiere la insistencia regional e internacional más amplia sobre la vigencia del derecho y el cumplimiento de sus obligaciones por los estados implicados en la violencia.

a la soberanía de un estado y desestabiliza súbitamente las esperanzas regionales por la paz. Podría decirse que las guerras y los conflictos armados en 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

Los conflictos armados llevan muerte, lesiones, discapacidad, enfermedad y angustia mental a civiles.²²¹ Aunque los datos son 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 numerosas que las muertes de combatientes y esta preponderancia surge de una estrategia de guerra deliberadas: ataques directos contra civiles; una grave falta de atención a principios de distinción, protección y proporcionalidad; y la destrucción sin sentido de los sistemas de salud, de funciones básicas de la sociedad, y la infraestructura necesaria para apoyar a la vida civil y sus funciones.²²³

En las guerras del siglo XXI, los datos de las víctimas civiles continúan siendo escasos e incompletos. 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, el Grupo de investigación de Oxford 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 sanitaria 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 comunales, los residentes huyen en masa y dependiendo de las limitaciones geográficas y de seguridad, se convierten bien en desplazados internos o en refugiados 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 cifra más alta desde 1994.²³³ La duración media de la condición de refugiados se acerca a los 20 años (un aumento de 9 años desde 1993).²³⁴

La gobernanza global y los conflictos armados contemporáneos
Estas terribles consecuencias a corto plazo de las actuales formas del desafío de la violencia armada confronta la capacidad de las instituciones de gobernanza global para evaluarlas y responder. Las instituciones y marcos post Segunda Guerra Mundial, establecidos para prevenir y limitar la guerra, tienden a considerar un conflicto armado como restringido en el tiempo y el espacio y a separar las causas políticas y económicas. Por lo tanto, mientras las instituciones políticas y de seguridad responsables se refieren a cuerpos normativos (los Convenios de Ginebra)²³⁵ y marcos de referencia (los capítulos 6 y 7 de la Carta de las Naciones Unidas)⁵⁹ e intentan actuar en horizontes de corto plazo, las instituciones económicas globales se refieren a procesos comerciales y financieros que operan en niveles de política completamente separados y a través de marcos temporales deliberativos mucho más lentos.

Sin embargo, las guerras de este siglo son más complejas en relación a su duración, sus causas o su origen, y es menos probable que se limiten 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 apoya la movilización a gran escala de grupos armados.

Graves y prolongadas violaciones a los derechos humanos están en la raíz de estos conflictos. El trato injusto a grupos específicos identificados por sus características tales como raza, etnia, religión, género, clase, casta o ideología se han identificados como causas subyacentes de los brotes de violencia armada organizada.^{5, 236} Cambios súbitos en clases o grupos favorecidos, la exclusión social de grupos específicos, la estigmatización y persecución, los desalojos forzosos y expulsiones territoriales, y el encarcelamiento o ejecución extrajudicial de dirigentes o portavoces de la oposición, se han señalado como las tendencias precipitantes de los acontecimientos.^{237, 238}

Sin embargo, también es evidente que las privaciones económicas crónicas, las súbitas perturbaciones económicas y la delincuencia y corrupción generalizada pueden agravar o encender las tensiones sociales subyacentes y pre-

cipitar un conflicto armado. El riesgo de conflicto y 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 legítimas para enfrentar dicho estrés. Las tensiones externas son las que surgen fuera del control de un país y por lo tanto, requieren una acción global. La OECD²³⁶ define los factores globales que afectan un conflicto como "procesos lícitos y/o ilícitos operando en el nivel regional, internacional o transfronterizo y que influyen el riesgo de fragilidad y conflicto de un Estado." La crisis alimentaria mundial del 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 mitigación, cuando han aparecido los signos de organización de la violencia armada y las víctimas aparecen. Ambas fases pueden entrar o salir de control; las intervenciones exitosas desde el principio pueden posponer la violencia de grupos; pero intervenciones sostenidas y de fondo podrían disminuir este tipo de brotes por años.²⁴⁰

Las respuestas de la gobernanza global a los nuevos patrones de la violencia

El problema pendiente es el de una respuesta integrada, construida en una comprensión más sofisticado y comprensiva de las conexiones entre factores intensificadores que aumentan el riesgo de brotes e intensificación de la violencia armada. Algunas iniciativas recientes a nivel de tratados internacionales y de Acuerdos comerciales muestran una prometedora toma de conciencia 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}

Se han desarrollado esfuerzos globales para prevenir los efectos nocivos del tráfico ilegal, 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 desplaza desde las fases de prevención precoz hacia el modo de crisis más agudas, los sistemas de Gobernanza Global para el compromiso político y económico están todavía muy alejados. Sólo en momentos de gran emergencia convergen, como en los debates del Consejo de Seguridad de la ONU sobre la imposición de sanciones multilaterales contra un estado miembro infractor.

Como resultado, cuando el riesgo de conflicto armado se ha intensificado hasta una crisis activa con numerosas víctimas civiles, la comunidad internacional continúa buscando

mecanismos coercitivos internacionales. Estos mecanismos incluyen esfuerzos diplomáticos o militares que exigen al Estado, si todavía existe, ejercer control sobre los grupos en conflicto o imponer al Estado una serie de medidas coercitivas destinadas a proteger a los civiles y llevar a un cese de las hostilidades. En esta etapa de ruptura violenta, las intervenciones económicas positivas pueden llegar a ser menos relevantes y la fuerza política de la diplomacia colectiva o la acción armada puede mostrarse necesaria. La fuerza de los Convenios de Ginebra y la amenaza de la Corte Penal Internacional (CPI) tienen un lugar preponderante, y pueden actuar plenamente las limitaciones previas de varios tratados de control (por ejemplo, contra las minas terrestres o armas químicas).

Con el cambio de los patrones de guerra interestatal por los de violencia menos preocupados por las fronteras nacionales, el desafío se transforma en 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 Sin embargo, incluso en medio de una mayor atención a la protección de los civiles en los escenarios de la gobernanza global, continúa desarrollándose notable sufrimiento en muchos conflictos armados en todo el mundo, como el de Siria.

La violencia armada a nivel de bandas criminales y milicias locales también está en crecimiento.⁵ Esta violencia en pequeña escala pero mortal no encaja en las categorías legales o normativas sobre la guerra y paz. Se estima que la violencia criminal o política afecta a 1.500 millones 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 más injustas y que se perciben como tales social y económicamente. Varios errores de la gobernanza global dificultan la capacidad de la comunidad mundial para hacer frente efectivamente a este desafío.

En primer lugar, ninguna institución ha demostrado efectividad en 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 internacional organizada) que pueden agravar o aumentar las tensiones internas entre los grupos y clases de personas. Estos factores operan a largo plazo, pero varias posibles políticas y tratados marco podrían invocarse con utilidad en esta fase, sino es un estado, 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, en el lenguaje 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 la ley de la costumbre y el amplio alcance del artículo común 3 puede aplicarse a muchos conflictos armados sub nacionales.^{217, 249, 250} Incluso si estas medidas crean un amplio espacio para la ampliación de la protección de los civiles y extiende la definición de combatientes a las guerras internas, la pregunta difícil es empírica, cómo discernir en cualquier instancia quién es un combatiente, quién es no combatiente y qué podría denominarse un terrorista. Al respecto, no es tanto la Ley sino la política y los recursos los que permiten que la guerra y las atrocidades continúen 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 vinculantes entre 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 difiere de los otros seis casos presentados 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 para actuar en Siria, por ejemplo, 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 se integren.⁵ Para asegurar un mundo más seguro para todos, la inequidad y la injusticia mundial debe ser abordadas con una continuidad sin fisuras. La situación existente sugiere la necesidad urgente de establecer mecanismos para reuniones regulares y discusiones sobre qué hacer en ámbitos específicos 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 para sociedades estables y saludables. Para crear un mundo más seguro para todos, los temas de desigualdad global y la injusticia deben ser atendidos. La Comisión propone que la lucha contra los determinantes políticos de la salud es un paso importante en esta dirección.

Barreras contra la gobernanza global para la salud

Análisis transversal de las áreas de intervención política
En la sección anterior revisamos siete áreas de intervención política y se exploró las vías a través de las cuales los determinantes políticos globales afectan la equidad en salud. En esta sección nos fijaremos transversalmente en todos los casos para mostrar cómo la competencia entre normas y prioridades puede hacer peligrar los logros en la salud global, al tiempo que identificaremos cinco errores sistémicos que impiden la realización de la gobernanza global para la salud.

Asimetrías de poder y normas de competencia

Los resultados adversos a la salud, observados a través de los ejemplos, como la desnutrición, intoxicación por residuos tóxicos y las lesiones y el trauma causado por guerras y conflictos, podrían ser asumidos en muchos casos por el 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 adecuados derechos legales - quienes a menudo tienen limitado o ningún acceso a adecuados servicios de atención de salud. Además, incluso con el mejor de los servicios de salud disponible, las causas fundamentales de estos resultados evitables en la salud están fuera de alcance, por sí sólo, del sector salud. La injusticia en la distribución de los riesgos para la salud y sus efectos en la salud, como se mostró en los ejemplos de casos, requiere intervenciones políticas intersectoriales globales que reflejen el valor de la salud y el bienestar humano.

Los ejemplos muestran que la salud y el bienestar están en muchos casos subordinados a otros objetivos sociales. Por ejemplo, el caso de la crisis financiera y la austeridad, muestra cómo la salud y el bienestar de las personas están siendo comprometidos como resultado de la formulación de políticas económicas internacionales. Además, la gobernanza global contemporánea también permite que las metas de beneficios lucrativos de los actores privados desplacen los

objetivos sociales y de salud - 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 limitan la acción, pero a veces también proporcionan oportunidades. Las normas de derechos humanos son una de esas oportunidades.⁵⁵ Pero hemos visto que el poder del mercado a menudo sustituye el poder de las normas sobre derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud. Asimismo, los gobiernos de países estables y ricos en recursos naturales pueden priorizar otros objetivos por encima de 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 norma puede encontrar un mutuo reforzamiento si se combina con la creciente demanda pública por una distribución más justa del dinero, la energía y los recursos que la que existe en la actualidad.

Hemos visto cómo las asimetrías de poder desafían la acción colectiva a través de una amplia gama de áreas de desarrollo de políticas y obstaculizan la concreción de la gobernanza global para la salud. Las normas, reglas y prácticas generadas bajo estas circunstancias no las son adecuadas para hacer frente a la inequidad en salud. De todas maneras, 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.

Diagnosticando 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 se puede limitar el poder y responder a las personas que afectan son débiles y tiene un apoyo insuficiente en los procesos de transparencia

	Crisis económica y austeridad económica	Acceso al conocimiento y propiedad intelectual	Acuerdos de inversión	Seguridad alimentaria	Empresas transnacionales	Inmigrantes irregulares	Violencia organizada
Déficit democrático	...	✓	✓	✓	...	✓	...
Deficiencia en responsabilidades	✓	...	✓	✓	✓	✓	...
Rigidez de las instituciones	...	✓	✓	✓	...	...	✓
Ausencia de instituciones	✓	✓	...	✓	✓	✓	✓
Espacio político para la salud	✓	✓	✓	...	✓	✓	✓

Tabla: Disfunciones sistémicas que perjudican la gobernanza global de salud

de los gobiernos.²⁵² En tercer lugar, la rigidez institucional: las normas, reglas y procedimientos para la toma de decisiones son inflexibles y difíciles de reformar (sobre todo cuando mantienen intereses creados), y por lo tanto refuerzan las consecuencias perjudiciales para la salud y las desigualdades. Cuarto, inadecuados espacios políticos intersectoriales: los medios a través de los cuales la salud puede protegerse tanto a nivel nacional como a nivel mundial son inadecuados, esto quiere decir que en los foros mundiales, externos al sector salud, donde se formulan las políticas globales, la salud puede estar subordinada a otros objetivos, como los objetivos económicos o de seguridad. Finalmente, instituciones ausentes o incipientes: Las instituciones internacionales para proteger y promover la salud (por ejemplo, los tratados, los fondos, los tribunales y otras formas débiles de regulación como las normas y directrices) están totalmente, o casi, ausentes.

Déficit democrático

Como se ha visto a través de los casos, los acuerdos de gobernanza global con frecuencia, no reflejan las normas democráticas, tales como el derecho de participación igualitaria, representación justa, transparencia y rendición de cuentas – un problema llamado a menudo el déficit democrático. Más allá del estado nacional, 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 los países menos ricos. Por lo tanto, tienen una mayor capacidad de promover sus intereses y valores a través de las instituciones financieras internacionales, que los países menos poderosos, cuyos ciudadanos son a menudo los más probablemente afectados directamente por las políticas resultantes. El déficit democrático es aún mayor fuera de las instituciones multilaterales. Por ejemplo, en negociaciones regionales o bilaterales sobre 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 se incorporan inadecuadamente en los procesos de toma de decisión de nivel internacional. El potencial de participación de los actores no gubernamentales 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 una coalición entre un grupo de 60 países y 700 ONG 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, la presión por la participación ha adquirido un nuevo impulso, como se muestra mediante el acoplamiento entre la sociedad civil y los ciudadanos a través de 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, como en el proceso “El Mundo que Queremos”, que permitió a los individuos y las organizaciones de la sociedad civil presentar propuestas vinculadas a las negociaciones sobre la agenda de desarrollo post-2015, junto con los Estados y las Organizaciones multilaterales.

Se están ampliando los diálogos y acuerdos de asociación con la sociedad civil y el sector privado a lo largo del sistema multilateral. La estructura tripartita de la OIT es uno de las más inclusivas en el sistema de la ONU. El Comité de Seguridad Alimentaria Mundial permite la participación significativa tanto por actores estatales como no estatales, y tanto 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 acudir a reuniones ministeriales y sesiones informativas regulares,²⁵⁴ y ha implementado el acceso público a los documentos oficiales de la OMC.²⁵⁵ Sin embargo, son pobres las oportunidades de la sociedad civil para influenciar los procesos de decisión y son independientes de los procesos regulares de formulación de políticas de la OMC.²³⁸ Comparativamente, la industria puede tener un mayor y privilegiado acceso a los delegados nacionales, quienes puedan llevar sus propuestas a 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.

Débiles mecanismos de rendición de cuenta y escasa transparencia

La rendición de cuentas entenderse como “un medio para limitar el poder y hacer que responda a las personas que afecta, especialmente a las personas que tienden a ser de alguna manera marginadas y silenciadas”.²⁵² En el actual complejo de gobernanza global, que consiste en una diversidad de actores entre el Estado y actores privados, es difícil sin embargo vincular directamente la rendición de cuentas a un único proceso de toma de decisiones o a un actor específico. La rendición de cuentas sobre los efectos en la salud de las reglas, normas y políticas que resultan de los procesos de gobernanza local puede recaer en una serie de diferentes actores, más que en cualquiera que se pueda identificar por separado.²⁵²

A nivel internacional, son débiles los mecanismos para garantizar la rendición de cuentas. No existe ninguna autoridad política mundial para responsabilizar a los estados cuando violan o incumplen las reglas, normas y estándares internacionalmente acordados, 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 las empresas transnacionales que pueden trasladarse entre diversas jurisdicciones 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 con-

siderables y generalizados en la salud, como se señala en el caso de la austeridad en Grecia, las vías de rendición de cuentas entre esas instituciones y los ciudadanos a quienes afectan son sutiles, en el mejor de los casos.⁷⁹

La transparencia es un principio ampliamente reconocido de buena gobernanza, y un poderoso método a través del cual se puede fortalecer la rendición de cuentas. Sin embargo, aunque los actores de la gobernanza global idealmente deberían responder a una comunidad mundial de partes interesadas,⁹⁷ algunas instituciones globales y los procesos de gobernanza no funcionan, incluso con un mínimo nivel de transparencia. Por ejemplo, los acuerdos sobre Comercio e Inversiones todavía se negocian entre los gobiernos a puerta cerrada. Del mismo modo, la controversia sobre inversión entre los estados y las empresas se cubren de secreto, aun cuando estén en agenda asuntos del mayor interés público (por ejemplo, la legislación sobre control del tabaco o las patentes de medicamentos).²⁵⁶ La apertura de estos procesos al escrutinio público mejoraría las posibilidades que las preocupaciones públicas -incluyendo la salud- se tengan en cuenta, fortaleciendo por lo tanto su legitimidad. En la gobernanza del medio ambiente, la sociedad civil ha sido fundamental generando 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 puede mejorar la rendición de cuentas, la información no es suficiente cuando existen pocos medios para luego modelar el proceso de toma de decisiones. Tradicionalmente son los tribunales el mecanismo por el cual se impugnan las decisiones o se remedian los problemas a nivel nacional y por tanto son fundamentales 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 o extraterritorial de un tribunal ha sido una característica notable de los esfuerzos para fortalecer la rendición de cuentas. Sin embargo, aunque se han tratado unos pocos casos importantes, tal jurisdicción es poco utilizada. Por ejemplo, durante sus primeros 10 años de existencia, la CPI vio sólo 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 de los actores estatales y no estatales 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 reformas oportunistas por parte de actores que buscan una indebida influencia, es crucial para que las instituciones sigan siendo legítimas y efectivas. Sin embargo, una vez que se han creado instituciones internacionales, el poder también puede enquistarse y los que lo detentan a menudo se resisten a entregarlo. Esta rigidez institucional hace que sea difícil reformar las instituciones para que evolucionen con los tiempos; e implica que aquellos desfavorecidos por las reglas establecidas, enfrentarán 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 hacerlas 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 instituciones rígidas que crean un fuerte sesgo a favor del status quo. También existen otros ejemplos, como el las dificultades para reformar el Consejo Económico y Social de la ONU²⁵³ y la renuencia a abrir la gobernanza de la OMS a un rango mas amplio de interesados.

Las estructuras institucionales que favorecen a actores poderosos pueden por lo tanto casi imposibilitar su reforma, ya que existe poco incentivo para que tales actores permitan 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 en Derechos para bloquear resoluciones, fue reestructurada como 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 del historial de los Estados miembros en materia de derechos humanos, sea un factor importante para obtener un lugar en el Consejo, lo que es un importante avance.

La rigidez institucional puede conducir a algunos actores a buscar estrategias alternativas o a crear instituciones totalmente nuevas. Una tendencia en el nuevo milenio ha sido un crecimiento del pluralismo en la gobernanza, con los países orientándose, por ejemplo, en el ámbito regional, a nuevas agrupaciones basadas en intereses comunes, iniciativas con múltiples socios 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 la gobernanza de los bancos multilaterales existentes.²⁵⁹

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

El Inadecuado espacio político para la salud

La elaboración de normas internacionales ha proliferado, con un número de organismos internacionales, conferencias y tratados multilaterales que han crecido de 2,900 en 1981 a 4,900 en el 2003.

Esta tendencia ha producido un sistema de reglas que se superponen, se enfrentan y forman conjuntos anidados de reglas (a veces llamada complejidad del régimen),²⁶⁰ que puede desdibujar las obligaciones y responsabilidades y complicar la rendición de cuentas. Aunque, se reconoce cada vez más 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 el 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 actual espacio político se ve amenazado, ya que los actores buscan nuevas reglas que estén fuera de su alcance en ámbitos multilaterales, como las disposiciones TRIPS plus en 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, retirándose o negándose a suscribir 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 para 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 importantes como los procesos mundiales para la protección del espacio político para la salud en todos los sectores. El enfoque de Salud en todas las Políticas,²⁶¹ se basa en lo que pueden hacer los Ministerios de salud para abogar por la salud a través de los demás Ministerios del gobierno en el nivel nacional. Sin embargo, hacer operativo y efectivo este enfoque a nivel de la Gobernanza Global es más difícil. Por ejemplo, la OMS hasta ahora no ha sido capaz de abrir un espacio para el diálogo de políticas inclusivas en otras organizaciones intergubernamentales, gobiernos y actores del sector privado. La membresía intergubernamental, representada por tanto por los Ministerios de salud, evita el involucramiento 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 una la voluntad política y pública con el sector privado preparándolos para actuar sobre las políticas y regulaciones necesarias.

Instituciones débiles para proteger la salud en otros sectores - especialmente sectores políticamente poderosos como el del Comercio y la Seguridad - siguen siendo una de las mayores debilidades del sistema de gobernanza global, y esta debe ser abordada tanto a nivel global 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, a menudo no existen o son inadecuadas las Instituciones que regulen actores o cuestiones internacionales no estatales (por ejemplo, grupos armados, redes de tráfico ilegales, corporaciones transnacionales). La globalización económica ha sobrepasado la globalización política - es decir, el desarrollo de instituciones que podrían regir la efectividad del mercado global y proteger a las sociedades contra las fallas del mercado. Como vimos en el caso de la seguridad alimentaria, la especulación en los mercados de alimentos produjeron la volatilidad de los precios, y la ausencia de instituciones efectivas para prevenir o contrarrestar este problema creó inseguridad alimentaria en poblaciones ya vulnerables. Otros ejemplos de mercados transnacionales insuficientemente regulados incluyen los mercados financieros, el comercio de armas, tráfico de personas, comercialización de alimentos poco saludables y el vertido transfronterizo de residuos tóxicos.

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 está regulada por un mecanismo no vinculante el Código Mundial de Prácticas de la OMS sobre la Contratación Internacional de Personal de Salud, pero este sistema no tiene mecanismos de cumplimiento. En otros casos, los reglamentos continúan incompletos. A pesar de recientes avances en la regulación del comercio de productos químicos nocivos, ejemplificado por la Convención de Minamata sobre Mercurio del 2013,¹⁹⁰ sólo 22 de miles de productos químicos, potencialmente dañinos, están sujetos a tratados internacionales que regulen su traslado transfronterizo. Algunos activistas han llamado a un amplio régimen mundial sobre productos químicos que reemplace el actual enfoque poco sistemático.²⁶² Además, como se señala en el caso de la migración, los gobiernos han sido reacios a articular normas internacionales específicas para la protección de los migrantes ilegales.

Algunos temas son materia de sistemas fragmentados de regulaciones sin una clara autoridad. 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 normas y reglas transnacionales interrelacionadas entre sí y a veces conflictivas. A pesar de iniciativas importantes, como la del Grupo de Trabajo de Alto Nivel de la ONU en la seguridad alimentaria mundial, las decisiones individuales de los gobiernos, los consumidores, la industria y los inversores pueden afectar el suministro mundial de alimentos que sigue, en gran medida, descoordinado y desregulado.

En conjunto, las incipientes instituciones transnacionales para proteger la salud, tales como los estándares voluntarios, deben reforzarse y puede necesitarse nuevas instituciones y regulaciones cuando las operaciones e intereses de algunos actores entren en severo 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 vigentes de gobernanza global son fragmentarios e incapaces de manejar los amplios desafíos intersectoriales e interconectados que impiden una

efectiva gobernanza global para la salud. Además, no mitigan adecuadamente las principales disparidades de poder que siguen caracterizando la política global y socavan los esfuerzos para asegurar la equidad en salud. Los desbalances de poder seguirán siendo una característica central de la gobernanza global, pero procesos más abiertos y equitativos para la generación y difusión del conocimiento permitirá que pueda confrontarse el status quo.

Se necesita un cambio transformador en la manera en que se producen las políticas y las decisiones globales que afectan la salud, así como en las normas que las difunden. Una agenda global para el desarrollo sostenible, nueva e interconectada, requerirá una distribución más democrática del poder político y económico y una transformación de la arquitectura de la gobernanza global, capaz de superar las barreras creadas por la peleas territoriales entre organizaciones, las acciones fragmentarias y la estrechez con que se conciben los intereses nacionales que actualmente ponen en riesgo tanto el medio ambiente como la salud humana.

Hemos demostrado 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 en 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 bienestar para todos. El apoyo a un programa de este tipo debe buscarse entre los actores no estatales, la sociedad civil, las organizaciones filantrópicas, los medios de comunicación, las empresas y el mundo académico.

Agenda para el cambio: convocar, informar y monitorear

Es probable que cualquier propuesta de reforma o creación de nuevas instituciones mundiales se enfrente a los mismos obstáculos y disfunciones que han sido identificados en el presente informe, tales como la asimetría de poder, el déficit democrático y la rigidez institucional. Las demandas

del pueblo y lo perentorio de la causa deben ser, en última instancia, las que impulsen el cambio y hagan responsables a los dirigentes nacionales y globales. Las personas saludables son tan importantes como un planeta saludable y se deben tomar medidas para superar las más importantes limitaciones, como la inexistencia o reciente surgimiento de instituciones, débiles mecanismos de rendición de cuentas y un inadecuado espacio político. Este proceso requerirá de agentes de cambio y disposición de cambio, tanto dentro de la ONU, como entre los líderes políticos del mundo, al interior de los movimientos sociales y en el sector privado.

La Comisión ofrece dos propuestas para llenar las brechas existentes en el marco institucional de la gobernanza global para la salud, las que podrían estudiarse con mayor profundidad y considerarse como una agenda para el cambio: una Plataforma multisectorial de las Naciones Unidas sobre gobernanza global para la Salud, y un Panel de Supervisión Científico Independiente en Determinantes Globales políticos y sociales de la Salud. Estas propuestas también podrían ampliarse para incluir evaluaciones obligatorias del impacto sobre la equidad en salud para todas las instituciones mundiales y el reforzamiento de sanciones contra los actores privados por violaciones a los derechos. Como una 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 una contribución a, discusiones globales sobre la manera de fortalecer la gobernanza global para el desarrollo sostenible.

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

Las políticas, regulaciones y conductas con mayor trascendencia sobre la salud, están actualmente compartimentadas entre diversas instituciones y procesos en el sistema de gobernanza global, sin que se preste mucha atención a los modos en que interactúan y se conectan entre sí. Para habilitar políticas globales para la salud y el bienestar sostenible, la Comisión propone que se considere una Plataforma Multisectorial sobre gobernanza global para la salud. Extrayendo lecciones del Comité de la FAO sobre la Seguridad Alimentaria, esta plataforma podría involucrar gobiernos, organizaciones intergubernamentales (en las áreas de finanzas, comercio, trabajo, alimentos, medio ambiente, derechos humanos, migración y paz y seguridad), y no estatales, incluyendo la sociedad civil, expertos académicos y empresas. Este enfoque es compatible en gran medida con las propuestas del Secretario General de la ONU para fomentar una renovada comunidad global.⁵⁸

La Plataforma (figura) debe basar su legitimidad en las Naciones Unidas y servir como un foro político (no una plataforma de financiamiento) que proporcione el espacio para que los diversos interesados enmarquen los temas, planifiquen agendas, examinen y debatan políticas en desarrollo que tendrían un efecto en la salud y en la equidad en salud, e identifiquen barreras y propongan soluciones para procesos políticos concretos. Compartirán y revisarán información, regulaciones influyentes y opiniones, y guiarán la acción haciendo recomendaciones a los organismos de

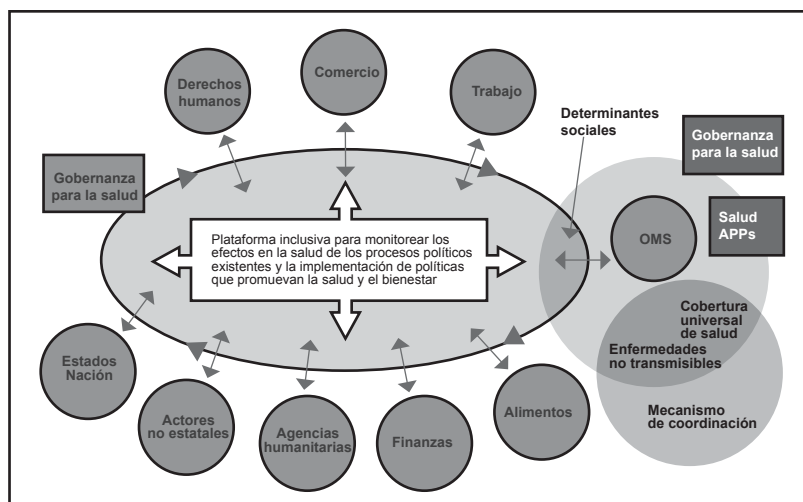


Figura: Plataforma Multisectorial de la ONU
APPs: Asociaciones público-privadas

toma de decisión de los Estados participantes, órganos intergubernamentales, el mercado y actores de la sociedad civil. Al hacerlo, la Plataforma puede responder al desafío de la debilidad de los mecanismos de rendición de cuentas a nivel mundial creando un espacio público en el que se espera que los actores respondan por las consecuencias de sus acciones sobre la salud. 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 deliberaciones de su foro político y sus temas en debate 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).

Se espera que el proceso de dar forma a la agenda de desarrollo post-2015 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 el bienestar sostenible requerirán este tipo de reformas y la propuesta de una Plataforma Multisectorial de la ONU representaría un paso en esa dirección, habilitando un diálogo político más inclusivo, más integrado, y más coherente entre 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, las alianzas publico-privadas para la salud), pero incluiría entre sus integrantes a la OMS y se beneficiaría de la orientación reguladora y el liderazgo que la OMS puede proporcionar en calidad de organismo de las Naciones Unidas responsable de la salud. La Plataforma se haría cargo del diálogo político que involucre temas y actores que van más allá del sector salud, y de este modo complementaría y reforzaría la capacidad de la OMS para cumplir con su mandato funcional 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 para la 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 diferentes mecanismos de gobernanza global para acceder y proteger la salud.

Los Intereses competitivos o en conflicto entre las partes interesadas, y los debates continuos sobre métodos para su análisis, crean las condiciones para un mecanismo independiente de vigilancia global. El Panel exigirá, recibirá, evaluará, analizará, debatirá y comunicará múltiples líneas de evidencia independiente – transdisciplinariamente – y proporcionará información estratégica, independiente y transparente, cuando afecte la gobernanza mundial, a la ONU y otros actores

El Panel debe hacer un uso pleno de las políticas sobre el derecho a la información para que sus actividades de vigilancia puedan alertar sobre las decisiones antes que estas se realicen, así como dar seguimiento de los efectos de tales decisiones. Los datos tienen que ser generados de manera que complementen los actuales sistemas 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 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 capacidades de investigación entre las personas cuya salud está más directamente afectada por los determinantes globales sociales y políticos de la salud.

Este tipo de investigación planteará retos adicionales, tanto en términos de definición de indicadores como en garantizar su independencia. El principal desafío será seguir los efectos en la salud de los determinantes políticos a través de los diversos sectores -por ejemplo, los efectos de abusos contra los derechos humanos durante los conflictos y los efectos de los Acuerdos comerciales. La primera tarea para el Panel debe ser proponer un marco de seguimiento que sea capaz de rastrear 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 los ecosistemas frágiles del planeta. La salud de las personas, ampliamente concebida en términos de bienestar y no sólo de ausencia de enfermedad, merece la misma atención.

Panel 5: Temas a resolver para establecer la Plataforma de las Naciones Unidas

Algunas de las cuestiones que tendrían que ser resueltas en un proceso amplio y abierto de consulta incluyen:

- Vinculo formal con la ONU y agencias intergubernamentales participantes
- Ubicación de un pequeño Secretariado en un lugar accesible y asequible
- Formas de vincular a los mecanismos establecidos para la participación inclusiva en los organismos intergubernamentales participantes, tanto a los movimientos sociales como las luchas populares en contra de las instituciones y las empresas que violen el derecho a la salud
- Representación de los principales grupos de actores no estatales, los gobiernos y grupos regionales, con la membresía rotativa y especiales oportunidades para los países de bajos ingresos y otros grupos de interés débiles o desfavorecidos

Se deben explorar varias opciones para el establecimiento del Panel de Monitoreo Científico Independiente sobre Determinantes Globales Sociales y Políticos de la Salud. Lo fundamental es que sea resultado de un mandato de la ONU y que tenga un rol científico e independiente. Podría ser creado por los gobiernos o por actores no estatales tales como instituciones académicas, y debe tener una fuerte contribución de la sociedad civil. Podría ser una opción atractiva situar el Panel en iniciativas establecidas por las propias universidades, como los Consorcios globales, o asociaciones de instituciones académicas o centros de conocimiento.

Evaluaciones de impacto en equidad en salud

Mientras más investigación independiente, basada en evidencias, sobre los determinantes sociales y políticos de la salud alimente el sistema de gobernanza global; las instituciones internacionales podrían sentirse obligadas a realizar evaluaciones de impacto de la 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 cambiar la perspectiva política, sobre todo cuando se combina con movilizaciones políticas.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 coordinaciones 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 al discutir sobre la responsabilidad social de las empresas, señala que muchos empresas reconocen “que si se desea que sean socios confiables de los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, necesitan fortalecer sus propios mecanismos de gobernanza y adoptar “informes integrados”, de su impacto social y ambiental, tanto como de su desempeño financiero”. Este compromiso podría extenderse a las evaluaciones de los efectos de las políticas en la salud y la equidad sanitaria.

Fortaleciendo los mecanismos existentes

Propuestas para la acción inmediata

Cambiar los procesos y prácticas de gobernanza global en un sistema que aproveche mejor los determinantes políticos globales de la salud tomará tiempo. Por lo tanto, nosotros proponemos también algunas medidas inmediatas que están destinadas, no para acabar con las causas mismas de las inequidades en salud, sino para remediar los efectos de la distribución inequitativa 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 dere-

chos”. La Comisión subraya la importancia de construirla 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 los derechos humanos para la salud, incluyendo el acceso a medicamentos, los derechos sexuales y reproductivos, y la violencia contra las mujeres, ha sido motivo de controversia y por lo tanto subutilizado.

Debe aprovecharse la oportunidad para buscar un mejor reconocimiento de la salud como un derecho humano, integrado en la agenda de la gobernanza global con otros factores sociales, económicos, políticos y de derechos civiles. Es crucial llamar atención a violaciones de las normas de derechos humanos por los Estados y actores no públicos.

El mandato, los informes y las recomendaciones del Relator Especial sobre el derecho a la salud pueden ser mejor utilizados para dar cuenta de 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 actual sistema internacional de derechos humanos para hacer un mejor uso de las capacidades de vigilancia existente, con informes y guías que se tomen en cuenta en foros 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 los mandatos de los Relatores Especiales para que incluyan auditoría de los derechos humanos en los procesos de toma de decisiones de las organizaciones internacionales. Este tema de la ampliación del mandato es relevante para todas las áreas políticas analizadas en el presente Informe y podría ser importante para ambas instituciones propuestas - es decir, la Plataforma multisectorial y el Panel de Monitoreo Científico Independiente.

Fortalecer los mecanismos sancionadores

Para fortalecer los débiles mecanismos de rendición de cuentas a nivel internacional, se necesitan mecanismos más fuertes para las sanciones. Las sanciones pueden llevar a un castigo de los actores que violen los estándares de calidad acordados o para remediar los daños cometidos, ya sea en la forma de una disculpa, un compromiso de no reincidir, cambios de política, o reparaciones.

Aunque los tribunales nacionales pueden desempeñar un rol importante sancionando transgresiones,²⁶⁴ los tribunales internacionales pueden ser necesarios cuando los primeros no pueden o no desean tratar casos específicos. En vista de los muchos desequilibrios de 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 los Estados, debe, sin embargo ser fortalecido para abarcar una gama más amplia de actores privados y para hacer cumplir las sanciones contra un abanico más amplio de transgresiones.

El actual mosaico 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, como grupos de minorías u organizaciones de la sociedad civil, y las empresas transnacionales no pueden ser llevadas ante la CPI, ya que su mandato se limita a procesar seres humanos. Además, la CPI cubre sólo una pequeña lista de transgresiones. Una ampliación de las posibles transgresiones podría incluir los estándares relacionados directamente con los determinantes sociales de la salud, tales como la contaminación ambiental, la corrupción, la violación 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, sugerimos como primer paso la creación de un foro periódico 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 mecanismos para la solidaridad mundial y la responsabilidad compartida

La gobernanza mundial para la salud debe basarse en compromisos con la solidaridad global y responsabilidad compartida, construida sobre 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, tanto 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 de los actuales regímenes bilaterales y multilaterales de asistencia internacional para el desarrollo, que se basan en la OCDE, necesitan una particular atención. La Comisión considera que existe la urgente necesidad de un marco más amplio de financiamiento que el actualmente se define como asistencia oficial para el desarrollo, a fin de asegurar el financiamiento de una agenda más universal para el desarrollo socialmente sostenible. También anotamos la necesidad de una mayor atención a los instrumentos vinculantes y obligatorios, evaluando 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.

Es de gran relevancia y necesita atención prioritaria reforzar y transformar los mecanismos para la solidaridad mundial y la responsabilidad compartida basada en modelos de financiamiento más allá de la tradicional ayuda al desarrollo. 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 una inversión suficiente en investigación y desarrollo relacionados con la salud en áreas en 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 investigación y 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 una transferencia financiera obligatoria – aunque indirecta – de los países ricos a los países más pobres (que serían los más beneficiados por la investigación). Si un tratado vinculante no es políticamente viable, un modelo alternativo podría ser el esquema de contribuciones no vinculantes atribuidas, utilizado para la reposición de las contribuciones en la Asociación Internacional para el Desarrollo (el brazo del Banco Mundial que otorga donaciones y préstamos a países de bajos ingresos), las que son más o menos proporcionales a la participación de un país en la economía global.

La cobertura universal de salud trata de “la solidaridad entre los sanos y los enfermos y entre los grupos de población de todos los niveles de ingreso”²⁶⁷ Así como los esquemas de seguros sociales de la salud y la distribución de riesgos para los gastos médicos son centrales para la cobertura universal de la salud, la protección social es clave para la dimensión social integral del desarrollo sostenible. Pueden existir buenas razones para aplicar estos principios más allá de las fronteras nacionales. La Protección Social Global implicaría una adecuada distribución de responsabilidades nacionales e internacionales, con mecanismos para recaudar y redistribuir subsidios que se basen tanto en deberes como en derechos.

Aunque un solo Fondo Global de Protección Social de la Salud⁹² sería mejor que el actual mosaico de miles de subsidios bilaterales y multilaterales de protección social a nivel global, el tema de los subsidios siguen siendo controvertido, pero estas son preguntas importantes que necesitan ser revisadas y debatidas.

Conclusión

El mensaje general de la Comisión de Gobernabilidad Global para la salud es que la severa inequidad en salud es moralmente inaceptable y que es una responsabilidad política global asegurar que la actividad internacional no obstaculice a la personas para alcanzar su máximo potencial de salud. Las causas profundas de la inequidad en salud no son de carácter técnico, desprovistas de conflictos de intereses y de asimetrías de poder, sino que están vinculadas a la equidad y a la justicia más que a las diferencias biológicas. La equidad en salud debe ser una preocupación política intersectorial, ya que el sector salud no puede enfrentar por sí solo estos desafíos. Recae una particular responsabilidad en los gobiernos nacionales. Instamos a los decisores políticos de todos los sectores, así como a las organizaciones internacionales y a la sociedad civil, para que reconozcan cómo los Determinantes Políticos Globales influyen en las inequidades en salud, y a abrir un debate público mundial acerca de cómo pueden orientarse. La salud es una condición previa, resultado e indicador de

una sociedad sostenible y debe incorporarse 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, ALL, 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 del informe.

Conflictos de interés

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Agradecimientos

El trabajo de la Comisión fue posible gracias a subvenciones irrestrictas 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 financiadores no tuvieron influencia en la dirección, el progreso, la redacción o la publicación del informe. Las finanzas se administraron acorde a la ley noruega, y con divulgación pública integral. Además de sus consejos constructivos y aportes, Jeanette H Magnus se encargó de los aspectos administrativos y arreglos logísticos para la Comisión en el Instituto de Salud y Sociedad de la Universidad de Oslo. Estamos muy agradecidos con Harald Siem, quien jugó un papel importante en el establecimiento de la Comisión y condujo la Secretaría de la Comisión durante la primera fase del proyecto, hasta el verano del 2012. Emmanuella Asabor, Lotte Danielsen, Unni Gopinathan, Just Haffeld, Sverre O Lie, Diego Solares, Larissa Stendie, Elina Suzuki, Romery Wyber y Alyssa Yamamoto brindaron valiosa asistencia en la investigación. También agradecemos a Maren O Kloster por su asistencia técnica y a Svein Hullstein por su apoyo administrativo. Estamos muy agradecidos a Ron Labonté por sus comentarios perspicaces y constructivos y sus aportes al borrador del informe en sus diversas etapas. Agradecemos especialmente al Movimiento por la Salud de los Pueblos, que contribuyó con seis artículos de antecedentes a través de un grupo editorial 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 artículos adicionales de antecedentes muy útiles fueron desarrollados por David Woodward; Bjørn Skogmo y Sigrun Mogedal; y el Oslo City

Church Mission (enabezado por Per Kristian Hilden, con la coautoría de Christina Marie Brux Mburu, Arnhild Taksdal Frode Eick, Kari Gran, Hanne Haagenrud, Olav Lægdene, Linnea Näsholm, Anna Olofsson). También agradecemos a Bruce Ross- Larson por su excelente consejo editorial; John -Arne Røttingen, que tuvo un papel importante en el inicio del proyecto; y a Tim Cadman por las fructíferas discusiones. Extendemos nuestro especial agradecimiento a la Comisión Juvenil para la Gobernanza Global para la Salud, presidida por Unni Gopinathan, por su continua retroalimentación al trabajo de la Comisión, y a la Fundación Rockefeller por albergar a la Comisión en su central en Bellagio, Italia. También estamos muy agradecidos a Jashodhara Dasgupta y Gertrude Mongella por organizar reuniones de la Comisión en Nueva Delhi, India y Arusha, Tanzania, las que incorporaron invaluable contribuciones de los actores de la sociedad civil local y de 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. Factsheet 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.oecd-betterlifeindex.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 high estattainable 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 Commissions 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 Sauvant 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 sheets 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 Conferences 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, Olofi nbiyi 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 Via Campesina. *J Rural Stud* 2008; **24**: 138–49.
- 170 La Via Campesina. The right to produce and access to land. Position of the Via 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 Trafigura, 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 Yanez 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, 011. <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, Rijk 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 2003revision. 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—UNHCR 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. *Open Democracy*, 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-notreaty-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.