



Vacunación de niños contra el sarampión en Mozambique.

Hablemos en serio del financiamiento de la salud

¿Se traducirán todo el entusiasmo y dinero en resultados concretos?

*George Schieber,
Lisa Fleisher y
Pablo Gottret*

HOY SE da más importancia y se destina más dinero que nunca a mejorar la salud de los pobres. Los famosos usan su influencia para subrayar las sombrías estadísticas de salud en los países pobres, y la comunidad internacional se ha propuesto cumplir los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015, tres de los cuales guardan relación directa con la salud. En este contexto —en que, además, la globalización incrementa el riesgo de que un brote aislado de una enfermedad como el SARS y la influenza aviar se transforme en una pandemia mundial— el financiamiento, ya sea proveniente de fuentes nuevas o tradicionales, ha aumentado considerablemente. En efecto, la asistencia para el desarrollo asignada a la salud se ha ido ampliando continuamente (de alrededor de US\$2.000 millones en 1990 a más de US\$12.000 millones en 2004; es decir, el doble de la proporción de la ayuda externa en el gasto en salud de los países en desarrollo), especialmente en los últimos cinco años.

No obstante las buenas intenciones y nuevas inversiones, la salud mundial aún se encuentra en pésimas condiciones. Desde 1985, la expectativa de vida en algunos países africanos ha disminuido entre 10 y 20 años, en gran medida

debido a la pandemia del VIH/SIDA, que ha matado a 25 millones de personas desde que fue reconocida en 1981. Cada día, en el mundo, 5.000 personas mueren de tuberculosis, una enfermedad curable y prevenible. Además de su trágico costo humano, estas enfermedades tienen un fuerte costo económico. En los países más afectados, el VIH/SIDA probablemente reducirá en un 20% el ingreso nacional para 2020, y las enfermedades y muertes causadas por la tuberculosis tienen un costo anual estimado de entre US\$1.400 millones y US\$2.800 millones, debido a la pérdida de crecimiento económico. Los países en desarrollo arrastran el 90% de la carga de morbilidad mundial, aunque solo representan el 12% del gasto mundial en salud. A menos que se corrijan las deficiencias de la estructura de la ayuda internacional y se adopten reformas fundamentales en los países, la comunidad internacional y los países beneficiarios podrían desperdiciar una oportunidad histórica para mejorar la salud de los pobres.

Los aspectos de economía política de la asistencia

Para entender mejor el actual panorama de la salud mundial, resulta útil examinar los moti-

vos y limitaciones de los donantes y beneficiarios. Los *gobiernos nacionales* quieren un sistema de salud eficaz y para lograrlo deben recaudar suficientes ingresos de manera sostenible, equitativa y eficiente. Deben mancomunarse los riesgos sanitarios, adquirir servicios esenciales para la población y garantizar la protección financiera frente al costo de las enfermedades catastróficas. Esto significa que los gobiernos deberán financiar o subvencionar los servicios de salud que se consideran bienes públicos o bienes de interés social básico. Por motivos de equidad, también deberán financiar servicios para los pobres y, en teoría, proveer protección financiera para toda la población. Parte importante de esta labor consiste en determinar la forma de adquirir eficientemente los servicios de salud, pues el aumento de la eficiencia es una fuente suplementaria de ingresos. La ayuda de los países donantes es una de las muchas fuentes posibles de ingreso que pueden contribuir a financiar un sistema básico de salud y una fuente importante de financiamiento para muchos países de bajo ingreso.

En el caso de los *donantes*, los factores que se han de considerar son diferentes. Estos proveen asistencia de varias formas: directamente, con fines y a países específicos, y a través de fondos mundiales de salud (entidades independientes creadas por los donantes para incrementar la asistencia en determinadas áreas) y organizaciones internacionales. Los países donantes proveen fondos por muchos motivos, entre ellos, para financiar bienes públicos mundiales, combatir las pandemias para mejorar la seguridad sanitaria mundial, mostrar solidaridad internacional y promover el respaldo de la política interna. En general, el principal problema que afrontan es el de convencer al electorado de que vale la pena destinar fondos tributarios a la ayuda externa. Por ello, la ayuda asignada a la salud se vincula cada vez más a productos y resultados tangibles fácilmente cuantificables. En consecuencia, en muchos casos la ayuda se destina a combatir enfermedades específicas o a proyectos con un vínculo directo entre el gasto, la adquisición de servicios y, a veces, los resultados. Es mucho

más difícil persuadir a la gente para que contribuya a financiar los sistemas sanitarios, la salud o el presupuesto general. Estas características de la ayuda externa y las deficiencias en la gestión mundial de la salud crean un desfase entre las contribuciones de los donantes y las necesidades de los países, que puede impedir que la asistencia se encauce hacia los países que más la necesitan y, en muchos casos, entorpecer sus métodos preferidos de financiamiento.

En estas circunstancias, las necesidades existentes no se satisfacen, y los niveles y eficacia del gasto en salud son muy inferiores a los necesarios para cumplir los ODM. Los países de bajo ingreso gastan alrededor del 5% del PIB en salud, mientras que los de ingreso mediano y alto invierten alrededor del 6% y el 10%, respectivamente (cuadro 1). El gasto per cápita total en salud, expresado en dólares de EE.UU. según el tipo de cambio, es de US\$22 en los países de bajo ingreso y superior a US\$3.000 en los de ingreso alto. Si bien la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) aumentó a un nivel equivalente al 0,33% del ingreso nacional bruto (INB) en 2005, tras contraerse durante una década (gráfico 1), es aún muy inferior al 0,7% del INB prometido por los países desarrollados, y al 0,54% que se estima necesario para cumplir los ODM. No obstante, la asistencia para el desarrollo asignada a la salud, que en 1990 representaba el 4,6% de la AOD, aumentó a un 15% en 2004. Principalmente, los incrementos importantes de la ayuda son atribuibles a donaciones de organizaciones bilaterales y fundaciones, y gran parte de la ayuda se encausa a través de fondos mundiales de salud independientes de creación reciente. En cambio, las contribuciones de bancos multilaterales de desarrollo y organismos especializados de las Naciones Unidas se han mantenido relativamente uniformes (gráfico 2).

Problemas en los países

El bajo nivel y la ineficiencia del gasto son solo la punta del iceberg. Existen otras tres razones por las cuales es posible que los países de bajo ingreso —especialmente de África— no puedan

Cuadro 1

Ricos en salud

Los países gastan más en atención de la salud pública y seguridad social a medida que aumenta su riqueza.

(Niveles y composición del gasto en salud por región y categorías de ingreso según la clasificación del Banco Mundial, promedios ponderados en función de la población, 2003)

Regiones	PIB per cápita (dólares) ¹	Gasto en salud per cápita (dólares) ¹	Gasto en salud per cápita (dólares internacionales) ²	Gasto total en salud (porcentaje del PIB)	Seguridad					
					Público ³	social ⁴	Privado ³	De bolsillo ⁵	De bolsillo ³	Externo ³
Asia oriental y el Pacífico	1.267	64	276	5,1	37,5	42,8	62,5	84,2	52,7	0,9
Europa oriental y Asia central	2.976	194	521	6,2	62,0	43,8	38,0	81,2	30,8	1,3
América Latina y el Caribe	3.325	225	535	6,9	49,3	33,1	50,7	72,7	36,8	1,1
Oriente Medio y Norte de África	2.360	101	289	5,7	47,4	22,6	52,6	86,4	45,4	1,1
Asia meridional	545	24	122	4,4	26,1	8,9	73,9	95,8	70,8	2,9
África subsahariana	608	38	116	5,2	40,8	4,9	59,2	80,1	47,4	14,8
Niveles de ingreso										
Países de bajo ingreso	481	22	102	4,6	31,2	7,7	68,8	91,9	63,2	7,1
Países de ingreso mediano bajo	1.659	97	342	5,6	43,6	38,3	56,4	81,1	45,7	0,6
Países de ingreso mediano alto	5.596	341	677	6,4	55,5	56,8	44,5	79,0	35,1	0,3
Países de ingreso alto	30.811	3.466	3.427	10,7	64,8	43,3	35,2	57,0	20,1	0,0
Promedio mundial	5.969	602	752	6,0	42,9	29,0	57,1	81,3	46,5	2,9

Fuentes: Banco Mundial, 2006, y Organización Mundial de la Salud, 2006.

Nota: Los promedios de los países se ponderan en función de la población de cada país. Por lo tanto, algunas cifras difieren de las del Banco Mundial (2006) ya que se utilizan ponderaciones ligeramente distintas para algunas series de datos.

¹Ajustado en función del tipo de cambio.

²Ajustado en función de la paridad del poder adquisitivo.

³Porcentaje del gasto total en salud.

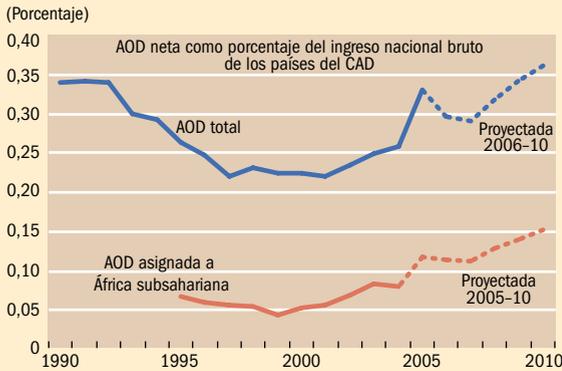
⁴Porcentaje del gasto público total en salud.

⁵Porcentaje del gasto privado total en salud.

Gráfico 1

Necesidades insatisfechas

La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) total sigue siendo inferior a los niveles necesarios para alcanzar los ODM, sobre todo en África.



Fuente: Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE. Proyecciones de la Secretaría de la OCDE-CAD.

financiar los servicios básicos de salud ni la protección económica necesaria para cumplir los ODM en materia de salud.

Primero, en estos países más del 60% del gasto total en salud es gasto de bolsillo; en los países de ingreso alto es del 20%. En África, el gasto de bolsillo representa, en promedio, casi el 50% del gasto total en salud y, en 31 países africanos, el 30% o más. Esta es una de las fuentes más regresivas e ineficaces de financiamiento de la salud para los pobres, pues los priva de las ventajas de la redistribución del ingreso, la cobertura conjunta de riesgos y la protección financiera.

Segundo, el seguro médico público adquiere creciente importancia como fuente de gasto en salud a medida que aumenta el ingreso nacional, aunque en los países de bajo ingreso solo representa el 2% del gasto total en salud. Esto plantea algunas dudas en cuanto a la posibilidad de transformarlo en un mecanismo viable de cobertura conjunta de riesgos en esos países, sobre todo debido a la gran proporción del empleo informal existente en la mayoría de ellos.

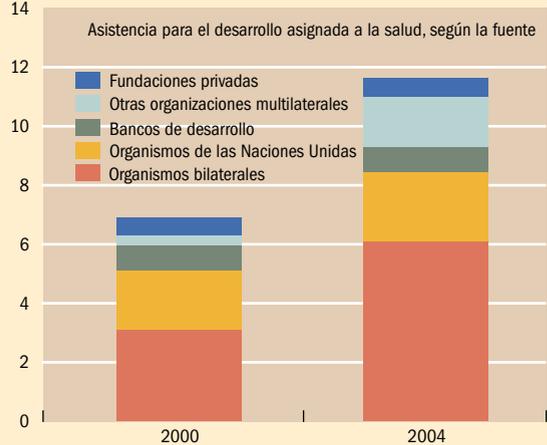
Tercero, la asistencia externa representa alrededor del 7% del gasto total en salud en los países de bajo ingreso y no es una fuente importante de financiamiento en los países situados en otros grupos de ingreso. Sin embargo, estos datos ocultan considerables diferencias entre los países y regiones. Por ejemplo, en África la ayuda externa es mucho más importante que en otras regiones para el financiamiento del sector de salud y, en promedio, corresponde a alrededor del 15% del gasto total en salud (en otras regiones representa menos del 3%). De los 23 países en que la asistencia externa representa más del 20% del gasto total en salud, 15 son africanos. Debe tenerse en cuenta también que la asistencia externa representa el 55% de todos los flujos externos hacia África. En las otras cinco regiones en desarrollo, estos flujos están constituidos principalmente por remesas e inversión extranjera directa, y la asistencia externa solo constituye el 9%. Esta fuerte dependencia de la ayuda externa para financiar el sector de salud y otros servicios tiene un efecto patente en la sostenibilidad y la capacidad de estos países para planificar a largo plazo.

Gráfico 2

Nuevas fuentes de dinero para la salud

La participación de nuevas fuentes de financiamiento de la salud en los países en desarrollo es cada vez más importante.

(Miles de millones de dólares)



Fuente: Catherine Michaud, en comunicaciones personales con los autores, noviembre de 2006.

Nota: "Otras organizaciones multilaterales" incluye la Unión Europea, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización.

Las diferencias en la capacidad de los países para movilizar el ingreso nacional son reflejo de sus modalidades de gasto. Como se indica en el cuadro 2, en los países de bajo ingreso solo el 18% del PIB proviene de recursos internos (esa proporción se incrementa a medida que aumenta el ingreso nacional, como ocurre en el caso de los ingresos de la seguridad social). Además, en esos países menos del 1% del PIB proviene de los impuestos de la seguridad social.

En muchos países pobres, los actuales niveles de gasto y movilización de ingresos no bastan para cumplir los ODM ni la meta de gasto de US\$34 per cápita recomendada por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud. En 50 países de bajo ingreso, aproximadamente, el gasto per cápita es inferior a US\$34. Incluso si pudieran incrementar en un 1%–2% la movilización de sus recursos nacionales, como lo recomendó la Comisión, necesitarían un enorme incremento de asistencia externa para mejorar y ampliar sus sistemas de salud. Sin embargo, el dinero no basta. También será necesario reformar la estructura de la ayuda internacional, y los países deberán aumentar la eficiencia del gasto y su capacidad para absorber la ayuda, independientemente de cual sea la fuente. El incremento de la ayuda debe traer aparejado un mejoramiento de su eficacia y calidad.

La difícil situación de la ayuda internacional

En parte, algunos de estos problemas relacionados con la estructura de la ayuda internacional se deben a la falta de gobernabilidad mundial y la superposición de poderes. Otros problemas tienen su origen en los métodos e instrumentos utilizados para suministrar la asistencia. Los problemas existentes en los países y las complejidades propias del sector de salud complican aún más la situación.

No hay nadie a cargo en el ámbito internacional. Si bien más de 100 organizaciones principales participan en la distribución de asistencia para la salud, a ninguna se le ha asignado la misión de encabezar esa labor. Ni siquiera se cuenta con un esquema de los poderes y funciones de las organizaciones donantes, ni con mecanismos para garantizar que los países cumplen sus compromisos de asistencia y ayudar a los donantes a coordinar los cientos de canales que existen para encauzar las corrientes de asistencia oficial y privada. Además, es imperativo proveer una asistencia más previsible y duradera, armonizar los procedimientos de los donantes y adaptarlos a los sistemas nacionales.

En los últimos 10 años ha habido importantes cambios en la forma en que se financia y distribuye la ayuda. Las fundaciones privadas y los fondos mundiales (como la Fundación Bill y Melinda Gates, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización) hacen cuantiosas donaciones y, actualmente, proveen alrededor del 15% de la asistencia para el desarrollo asignada a la salud. Gran parte de esta ayuda se distribuye sobre la base de solicitudes específicas, más que de las necesidades más apremiantes.

El gran número de instrumentos y métodos de asistencia existentes obstaculiza la asistencia externa. En muchos casos, la asistencia es impredecible, irregular y a corto plazo, lo cual dificulta la labor presupuestaria y de planificación de los países beneficiarios. Los donantes han hecho muy poco por ayudar a los países a dar un orden de prioridad a los programas que adoptan para cumplir los ODM. El volumen de ayuda necesario para lograr esos objetivos no se conseguirá en el futuro inmediato y podrían pasar más de 20 años antes de que algunos países puedan financiar con fondos nacionales el gasto que actualmente se financia con ayuda externa. Los desembolsos de los donantes no están a la altura de sus compromisos. En muchos casos, además, la ayuda se destina a operaciones que quizás no estén bien adaptadas a las necesidades epidemiológicas de los países y, por lo tanto, estos gastan dinero en programas que no corresponden a sus prioridades más urgentes. Lo

que es más, gran parte de la asistencia se destina a programas específicos, lo cual alienta la creación de programas independientes de suministro y financiamiento e impide la adopción de un enfoque integral para los sistemas de salud y un financiamiento sostenible en los países. Cuando la parte principal de la ayuda se destina a los “niños mimados de los donantes”, se pone en riesgo el logro de los ODM. Una distribución basada en diferentes procedimientos administrativos y ciclos presupuestarios también se traduce en altos costos de transacción para los donantes y países. Por último, los instrumentos de asistencia no toman en cuenta las perturbaciones económicas y la rendición de cuentas, tanto de los donantes como de los países, es escasa debido a la falta de un sistema para evaluar los resultados.

Del mismo modo, **el volumen de asistencia que los países pueden absorber es limitado** debido a las deficiencias en la estructura de gobierno, la gestión del sector público, las instituciones, la escasez de personal administrativo y de salud calificado y la falta de capacidad para movilizar el ingreso nacional. Estos obstáculos dificultan el uso eficaz de la asistencia externa y los recursos internos. Cerca de la mitad de la asistencia de los donantes tiene carácter extrapresupuestario, y una parte importante no se incluye en la balanza de pagos. En promedio, los países solo reciben alrededor del 20% de la AOD como asistencia para el presupuesto general que pueden destinar al gasto en áreas que consideren de alta prioridad. Por lo tanto, en muchos casos los gobiernos reducen el gasto en áreas favorecidas por los donantes, lo cual disminuye la “adicionalidad” de la ayuda externa para estos fines específicos. Como en el caso de las donaciones, la rendición de cuentas es muy limitada; pocos países cuentan con sistemas de seguimiento y evaluación eficaces.

Por otro lado, **el sector de salud es inherentemente más complejo que otros sectores**, por los siguientes motivos:

- La mayor parte del financiamiento para el sector se destina a cubrir costos *ordinarios a largo plazo*. Esto crea problemas de sostenibilidad pues, en general, los fondos de los donantes se destinan a cubrir costos de *inversión a corto plazo*. Los países deben crear un espacio fiscal adecuado en el presupuesto para el gasto en salud, entre otras cosas, porque este sector es esencial en cuanto a su participación en el presupuesto público y a su función como principal fuente de empleo público.
- Existen numerosos factores no relacionados con la salud que afectan los resultados del sector, lo cual hace necesario adoptar complejos enfoques intersectoriales.
- Los resultados dependen en gran medida del comportamiento de los individuos, que es muy difícil de modificar.
- La evaluación de los resultados —aparte de los nacimientos y fallecimientos— y la atribución de causalidad a factores específicos es una labor inherentemente difícil.
- En el sector de salud participan, a nivel mundial y nacional, más de 100 organizaciones principales, cifra muy superior a la de otros sectores.
- El sector privado desempeña un papel importante y, en muchos casos, predominante, en el financiamiento y suministro de servicios de atención de salud, y con frecuencia está ausente del debate político.
- La gestión del mercado de seguros y el sector de salud en general hace necesario un complejo marco reglamentario.

Cuadro 2

Base de generación de ingresos limitada

Los países de bajo ingreso tienen dificultades para recaudar impuestos que podrían utilizarse para mejorar la atención de la salud.

(Ingreso medio del gobierno central, porcentaje del PIB, comienzos de la década de 2000)

	Ingreso total	Ingreso tributario	Impuestos de la seguridad social
Regiones			
Hemisferio Occidental	20,0	16,3	2,3
África subsahariana	19,7	15,9	0,3
Europa central, Estados bálticos, Rusia y otras antiguas repúblicas soviéticas	26,7	23,4	8,1
Oriente Medio y Norte de África	26,2	17,1	0,8
Asia y el Pacífico	16,6	13,2	0,5
Pequeños estados insulares (población inferior a 1 millón)	32,0	24,5	2,8
Nivel de ingresos			
Países de bajo ingreso	17,7	14,5	0,7
Países de ingreso mediano bajo	21,4	16,3	1,4
Países de ingreso mediano alto	26,9	21,9	4,3
Países de ingreso alto	31,9	26,5	7,2

Fuentes: Gupta et al. (2004).

- El costoso elemento de protección financiera del financiamiento de la salud es, en gran medida, privativo de ese sector (aparte de unos pocos programas estándar de protección social como los de pensiones, seguro de desempleo y asistencia social) y exige complejas soluciones de compromiso entre distintos objetivos de salud cuando los recursos son escasos.

El futuro inmediato

A menos que se mejore la estructura de la ayuda internacional y los países potencien su capacidad para usar eficientemente la ayuda, las ingentes inversiones actualmente en curso no servirán para mejorar la salud de los pobres. Un fracaso podría poner en riesgo la buena disposición de los donantes para proveer asistencia orientada a mejorar la salud mundial. El Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos ha adoptado medidas para hacer más eficaz la ayuda, y muchos donantes procuran conciliar sus métodos con los de otros donantes, las organizaciones internacionales y los países beneficiarios. No obstante, queda mucho por hacer.

¿Qué deben hacer los beneficiarios? Los países en desarrollo deberán oponerse a los donantes que se rehúsan a adaptar sus contribuciones a las prioridades nacionales. Sin embargo, también deben esforzarse más por mejorar la gestión del sector público, para lo cual deberán hacer hincapié en el buen gobierno y la transparencia. Los países deben mejorar sus sistemas financieros y de adquisiciones, y tratar de integrar mejor sectores específicos en el marco macroeconómico general. Sin una gestión eficaz del sector público, incluida la adopción de políticas sectoriales adecuadas, procedimientos de adquisición y sistemas de gestión financiera, los donantes no podrán colaborar con los programas nacionales mediante el respaldo al presupuesto general. En particular, los países y donantes deben rendir cuentas por los resultados que obtienen. Los países deben reforzar también su capacidad para recaudar fondos a través de los impuestos y, en general, mejorar la eficacia del gasto público. Los países en guerra, en situación de posguerra o asolados por conflictos civiles afrontan dificultades particulares. Las decisiones sobre el gasto en salud deberán adoptarse sobre la base de la eficacia en función de los costos y de principios de equidad, eficiencia y sostenibilidad, no de las preferencias de ciertos organismos donantes. Los países necesitarán más asistencia técnica para adoptar mejores decisiones en materia de atención de la salud, y los gobiernos y donantes deben asumir un compromiso a largo plazo de reforma. Es esencial que los niveles más altos de gobierno asuman el liderazgo en este terreno.

¿Qué deben hacer los donantes? Además de los niveles globales de asistencia, debe aumentarse la eficiencia de la ayuda —para lo cual deberá ser más predecible y duradera— y deben usarse instrumentos adecuados. Los gobiernos donantes tendrán que persuadir a sus contribuyentes para que proporcionen más ayuda en respaldo del presupuesto general, en lugar de destinarla a fines específicos, como se hace actualmente. Esto no será fácil. Se necesitan también mecanismos más eficaces para obli-

gar a los países a cumplir sus compromisos de asistencia. Debe mejorarse el nivel, calidad y distribución de la asistencia, aunque no está claro cómo. Es esencial que el Grupo de los Ocho, la Unión Europea, la OCDE y los principales organismos multilaterales ejerzan un liderazgo más decidido. Una mejor documentación de las prácticas óptimas y una base mundial de datos serán cruciales para establecer una cultura orientada a los resultados. La asistencia técnica debe orientarse a ayudar a los países

a mejorar la gestión del gasto público y a formular programas de salud eficaces, vinculados al marco macroeconómico. Los donantes deben rendir cuentas por medio de nuevos mecanismos que garanticen que la ayuda se distribuya de acuerdo con las necesidades, no con criterios de política interna (conducentes al respaldo de determinados países o servicios). No existe un plan mundial para prestar asistencia a los países que no la reciben. Si bien los donantes se esfuerzan por abordar muchas de estas deficiencias, aún quedan por resolver muchos problemas fundamentales.

Deben aprovecharse las oportunidades que se presentan actualmente para mejorar la salud de los pobres del mundo. Lo que está en juego es mucho, tanto por motivos humanitarios como de seguridad mundial. Sin embargo, a menos que los intereses nacionales puedan conciliarse con las necesidades globales, y que los gobiernos y donantes mejoren la eficacia de la ayuda y obtengan resultados concretos, el flagelo de la pobreza perdurará. ■

George Schieber es Asesor sobre políticas de salud, Lisa Fleisher Especialista en salud pública y Pablo Gottret Economista Principal de la Red de Desarrollo Humano del Banco Mundial.

Referencias:

- Banco Mundial, 2006, World Development Indicators 2006 (Washington).
- y Fondo Monetario Internacional, 2006, Global Monitoring Report 2006: Strengthening Mutual Accountability—Aid, Trade, and Governance (Washington).
- Gottret, Pablo, y George Schieber, 2006, Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide (Washington: Banco Mundial).
- Gupta, Sanjeev, et al., 2004, "Foreign Aid and Revenue Response: Does the Composition of Foreign Aid Matter?" en *Helping Countries Develop: The Role of Fiscal Policy*, S. Gupta et al., compiladores (Washington: Fondo Monetario Internacional).
- Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Macroeconomía y Salud, 2001, Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development (Ginebra).
- Organización Mundial de la Salud, 2006, Informe sobre la salud en el mundo 2006 (Ginebra).
- Proyecto del Milenio, 2005, Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals (Reino Unido: Earthscan).
- Wagstaff, Adam, et al., 2006, "Millennium Development Goals for Health: What Will It Take to Accelerate Progress?" en *Disease Control Priorities in Developing Countries*, segunda edición, Dean T. Jamison et al., compiladores (Washington: Banco Mundial y Oxford University Press).