



México ante los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Rafael Lozano,^{1,2} Lucero Cahuana,¹ María Jesús Ríos³ y María Cecilia González¹

Resumen

A partir de septiembre de 2015, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobará la agenda y el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Esto significará para los países miembros, entre ellos México, la responsabilidad de cumplir con una serie de compromisos y metas pactados. Los ODS se definieron luego de varios años de debate respecto a los desafíos de cara al futuro en la vida en nuestro planeta, representando un cambio de paradigma de cómo nos percibimos como humanidad.

En el artículo se describen las posibles implicaciones para la salud en México del cambio de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a los ODS. En particular, nos centramos en el ODS número 3: “Lograr una vida saludable para todos en todas las edades”, objetivo que resume la búsqueda de una sociedad con mejor salud. Para tal efecto, presentamos, en primer lugar, un recuento del tránsito de los ODM a los ODS. En segundo, se exponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible y se hace énfasis en el ODS 3, con el desglose de sus nueve metas. Tras una breve discusión de las mismas, el desarrollo de nuestro trabajo se enfoca en la situación y tendencia actual de los años de vida perdidos por muertes prematuras debidas a enfermedades crónicas no transmisibles, por entidad federativa. Finalmente, en la cuarta sección se discuten las implicaciones de la implantación de los ODS para el mundo y para nuestro país.

Términos clave: desarrollo, enfermedades crónicas, sostenibilidad, desarrollo sostenible, metas de desarrollo sostenible.

Introducción

El 2000 marcó la pauta para la agenda de desarrollo que está impulsando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el siglo XXI. Al aprobarse en ese año la Declaración del Milenio por los máximos representantes de todos los países miembros, la ONU fijó su interés en “crear en los planos nacional y mundial un entorno propicio al desarrollo y a la eliminación de la pobreza” (Naciones Unidas, 2000: 4). Esta agenda de desarrollo global se distingue de otras iniciativas previas porque pretende centrarse en las personas. Buscaba para 2015 “... reducir a la mitad,..., el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día y el de las personas que padezcan hambre; igualmente, para esa misma fecha, reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable o que no puedan costearlo... Velar porque, para ese mismo año, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria y porque tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a todos los niveles de la enseñanza” (Naciones Unidas, 2000: 5).

¹ Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (rlozano@insp.mx, lucero.cahuana@insp.mx, cecilia.gonzalez@insp.mx).

² Institute for Health Metrics, University of Washington.

³ Estudiante de la Maestría en Salud Pública, Escuela de Salud Pública de México, Instituto Nacional de Salud Pública (mariajesus14@hotmail.com).



En materia de salud, la Declaración del Milenio comprometía a los países miembros a “haber reducido, para 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales. Para entonces, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad...” (Naciones Unidas, 2000: 5).

El instrumento que ha permitido operar esta agenda fue presentado en 2001 y ha sido el eje articulador de la política de desarrollo de la ONU en lo que va de este siglo (Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, 2005). Los ODM se transformaron rápidamente en la convocatoria mundial para medir el progreso de las naciones para reducir la pobreza y lograr una cooperación internacional sin precedentes (véase anexo 1). El compromiso vertido por los países y el uso de recursos para su logro mostró la posibilidad de coordinar la movilización global hacia objetivos comunes.

La cultura de la rendición de cuentas sobre el progreso empezó a permear en el mundo y los reportes anuales⁴ fueron informando sobre los avances en los ODM, con el compromiso de aportar datos fidedignos. En un balance cercano a la fecha pactada se mostró que el número de personas en pobreza extrema en el planeta se redujo en más de la mitad entre 1990 y 2015 (Naciones Unidas, 2014). En el mismo periodo, la mortalidad de menores de 5 años disminuyó considerablemente, pasando de 90 a 43 muertes por cada mil nacidos vivos. Adicionalmente, la razón de mortalidad materna se redujo en más de la mitad (-45%) en todo el mundo. No obstante, se hizo evidente que aún falta camino por recorrer para lograr la inclusión de toda la población en los progresos logrados (Naciones Unidas, 2011 y 2014; United Nations, 2013).

La reflexión acerca de las raíces de la pobreza y las desigualdades sociales en el mundo incorporó el debate sobre los desafíos a futuro para la vida en la Tierra (United Nations, 1987; Naciones Unidas, 1998; Handl, 2012). En ese debate se subraya la necesidad de entender que la actividad humana (estilos de vida,

producción y consumo) (United Nations Secretary-General, 2012) ha transformado el planeta de tal forma que se corre el riesgo de minimizar los avances obtenidos por los ODM (Griggs *et al.*, 2013). Ante estos riesgos, se tornó imperativo la incorporación del concepto de “desarrollo sostenible” que privilegia –en el combate a la pobreza– la protección de la vida en el planeta sin comprometer lo que les corresponde a las futuras generaciones. En otras palabras, la estrategia de desarrollo al concluir el 2015 obligó a realizar una revisión a fondo a la luz de los objetivos planteados bajo un nuevo paradigma.

Una forma de resumir el tránsito de los ODM a los ODS se ilustra en la figura 1. En este diagrama, modificado de la propuesta de Griggs *et al.* (2013, 2014), se presentan los ODS como la combinación de las condiciones base de los ODM con aquellas consideradas imprescindibles para la conservación de los límites del orbe y que se relacionan con el cambio climático, la capa de ozono, la acidificación de los océanos, la protección de la biodiversidad, el uso de aguas dulces, el cambio del uso de la tierra, la contaminación ambiental y la modificación de ciclos bioquímicos, entre otros. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible son, entonces, el resultado de la mejora de las condiciones sociales de las personas y del mantenimiento de los límites del planeta.

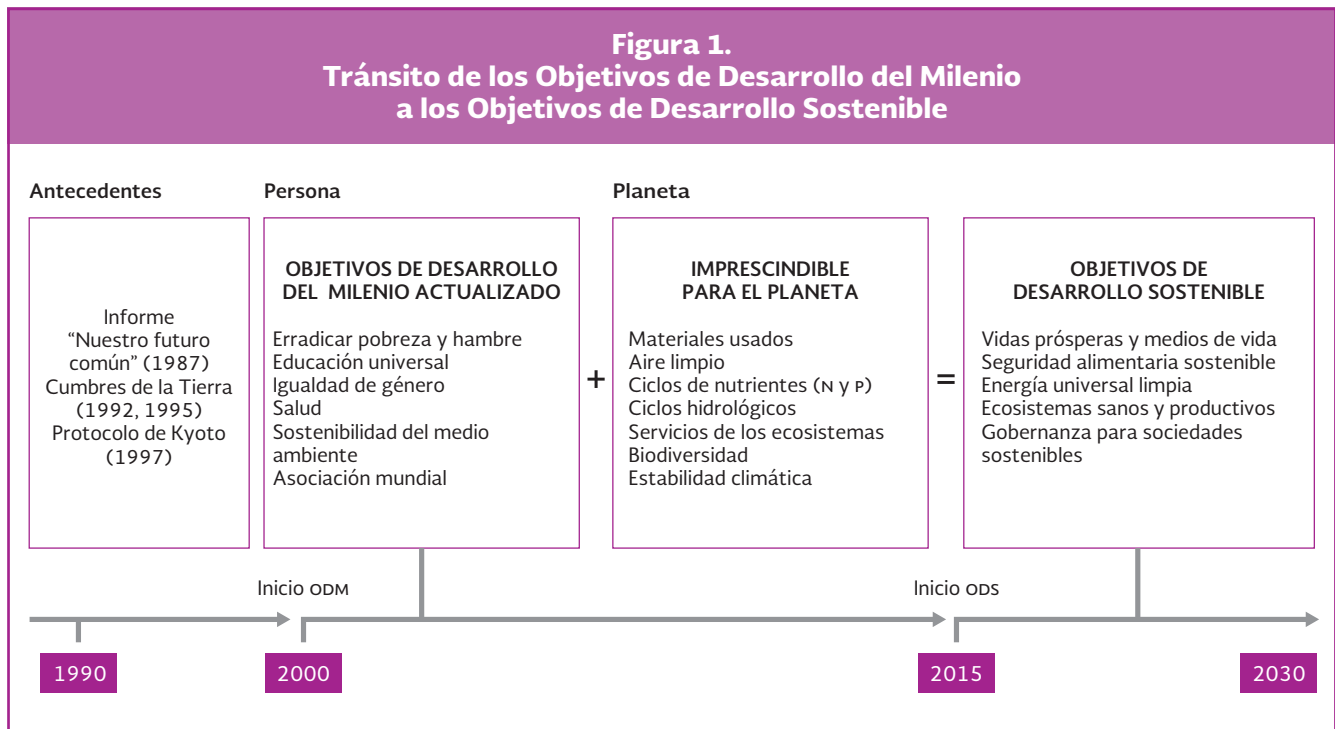
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ods)

En el informe “Una vida digna para todos” (Naciones Unidas, 2013a), presentado en el año 2013, el Secretario de las Naciones Unidas propuso incorporar los conceptos antes mencionados a la Agenda Post-2015. Luego de meses de debates y negociaciones, y derivado del consenso internacional, el Grupo de Trabajo Abierto (owg, por sus siglas en inglés)⁵ presentó 17 ODS, los cuales se listan en el anexo 1 (United Nations, 2014). Dichos objetivos van acompañados de 169 metas (United Nations, 2015) que pretenden ser de cobertura global y universalmente aplicables, a

⁴ Naciones Unidas, 2005a; 2005b; 2008a; 2008b; 2009; 2010a; 2010b; 2011; 2012; 2013a; 2013b; 2014; 2015; United Nations, 2006; 2007.

⁵ Open Working Group on Sustainable Development Goals.

Figura 1.
Tránsito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible



Fuente: Modificado de Griggs *et al.* (2013).

diferencia de los ODM, para las cuales se planteaban metas nacionales (United Nations, 2014). En septiembre de 2015, la Asamblea de las Naciones Unidas aprobará la agenda y el seguimiento de los ODS, a partir de lo cual los países miembros, entre ellos México, asumirán los compromisos y metas establecidas.

Solo uno de los 17 ODS se refiere directamente a salud, "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades" (ODS 3). De este objetivo derivan nueve metas (véase cuadro 1) que se pueden agrupar en cuatro rubros: las que están relacionadas con los ODM (1-3); las vinculadas con las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) (4-6); las que incluyen a los sistemas de salud y se expresan en la búsqueda de la cobertura universal de salud (CUS) (7 y 8), y una meta (9) dirigida específicamente a la salud ambiental (SA) (WHO, 2015).

No obstante, autores como Buse y Hawkes (2015) sugieren que el seguimiento del progreso en algunos determinantes de la salud/enfermedad se ubica fuera del objetivo mencionado. Por ejemplo, en el ODS 2 las metas 2.1 y 2.2 se relacionan con nutri-

ción segura, eliminación de la desnutrición y asegurar las necesidades nutricionales de las adolescentes, las embarazadas, las mujeres que están lactando y de los adultos mayores. En el ODS 5 se propone eliminar todas las formas de violencia en contra de las mujeres y las niñas, así como asegurar el acceso universal a los programas que garantizan los derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

Dado lo complejo del tema, el propósito de este artículo se concentra en analizar las implicaciones del tránsito de los ODM a los ODS para la salud en México, enfocándonos en la meta 4 del ODS 3, que se refiere a la reducción de la mortalidad prematura por ECNT. La idea de introducir el concepto de mortalidad prematura está relacionada con la noción de muertes que suceden en edades tempranas y que por lo mismo deberían de evitarse. Sin embargo, más allá de colocar un límite en la edad para definir muerte prematura, como lo hacen Norheim *et al.* (2015) (aquellas que suceden en menores de 70 años), optamos por la medida que utiliza el Estudio de la Carga de la Enfermedad (Murray *et al.*, 2012), que contabiliza los años de vida que una

Cuadro 1. Metas para la salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos, en todas las edades

ODM	1. Para 2030, reducir la razón mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos
	2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años
	3. Para 2030, poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
ECNT	4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
	5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
CUS	6. Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
	7. Para 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos la planificación de la familia, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
SA	8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos
	9. Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo

Notas: ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio; ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles; cus: Cobertura Universal de salud; SA: Salud ambiental. Modificado de: World Health Organization (2015).

sociedad pierde independientemente de la edad en que la muerte suceda. Tal distinción es relevante por las implicaciones éticas que tiene para un sistema de salud de cualquier país el no incluir a la población total (Lloyd-Sherlock *et al.*, 2015).

Método

Para llevar a cabo este trabajo, se realizó un análisis secundario de la base de datos del Estudio de la Carga Global de Enfermedad 2013 (GBD 2013, por sus siglas en inglés)⁶ (GBD 2013, 2015; IHME, 2015). A partir de la recopilación de la mejor información disponible de cada país, se estiman diferentes medidas de pérdidas de salud para más de 300 enfermedades y lesiones, entre las que se encuentra la medición de los años perdidos por muerte prematura (APMP) (Lozano *et al.*, 2013).

La estimación del GBD 2013 se realiza por sexo, grupos de edad quinquenales, para 188 países, de 1990 a 2013. Las defunciones por cada causa se analizan y presentan en una lista especial (Wang *et al.*, 2012), empleando la novena (CIE-9) (WHO, 1977) y décima revisión (CIE-10) (WHO, 2011) de la Clasifi-

cación Internacional de Enfermedades y Lesiones. Al reconocer las debilidades y los sesgos propios de los registros administrativos (estadísticas vitales), el GBD 2013 pone especial cuidado en la identificación de aquellas muertes consideradas como mal clasificadas, con causas mal definidas o poco específicas, las cuales son redistribuidas mediante algoritmos especiales al resto de causas de muerte en estudio.⁷ Mayores detalles sobre los procedimientos de estimación se encuentran publicados en revistas científicas (Lozano *et al.*, 2012; GBD, 2013, 2015).

Para México, el Estudio GBD 2013 generó información detallada sobre la carga de la enfermedad por entidad federativa, utilizando los datos provenientes de las estadísticas vitales (INEGI, 2015), censos poblacionales (INEGI s/f a), encuestas a hogares,⁸ bases de datos administrativas (SSA s/f a; s/f b; s/f c) y otras bases de datos (INEGI s/f e). Con la información obtenida es posible analizar cambios temporales y espaciales por causa de muerte, comparables con otras regiones y países en el mundo.

⁷ Naghavi *et al.*, 2010; Ahern *et al.*, 2011; Foreman *et al.*, 2012; Lozano *et al.*, 2012; 2013; GBD 2013, 2015.

⁸ INEGI s/f b; s/f c; s/f d; Dirección General de Estadística, s/f; INSP, s/f.

⁶ *Global Burden of Disease Study.*

Indicadores a estudiar

Dado que el propósito de esta investigación es analizar la mortalidad prematura de las ECNT, nos enfocaremos en dos mediciones: la mortalidad y los APMP por causa de muerte. El análisis se presenta por entidad federativa en 1990 y 2013. Cabe mencionar que los APMP se calculan a partir de la diferencia entre las muertes observadas y la esperanza de vida en cada grupo de edad quinquenal, que se obtiene de una tabla de mortalidad construida por la menor mortalidad alcanzada en el mundo (GBD 2013, 2015). Para fines de comparación, se analizan las tasas ajustadas por edad de APMP, las que se calculan empleando la estructura por grupos de edad de una población estándar a nivel mundial (GBD 2013, 2015).

Causas de muerte analizadas

Se seleccionó un grupo de ECNT por su importante contribución a la mortalidad general en el mundo y por parte de aquellas que la OMS incluyó en el “Plan Global de Acción, para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles 2013-2020” (WHO, 2013), que comprenden neoplasias, enfermedades cardiovasculares (ECV), diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Adicionalmente, se agregaron la enfermedad renal crónica (ERC) y la cirrosis hepática por su significativo aporte a la mortalidad en México. Dado que se presenta una comparación de 1990 a 2013, se incluyen los códigos de la CIE-9 y de la CIE-10 que fueron utilizados para identificar cada una de las ECNT seleccionadas (véase anexo 2).

Agrupación de entidades federativas por índice de marginación

Con el fin de establecer si la mortalidad prematura varía según las condiciones socio-económicas de la población en las entidades federativas, éstas fueron agrupadas según el grado de marginación estatal estimado para 2010 y publicado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2011). La agregación se hizo en tres estratos: a) marginación alta y muy alta; b) marginación media; y c) marginación baja y muy baja.

Resultados

De acuerdo con los resultados del Estudio GBD 2013, se estima que en 2013 en México sucedieron 656 mil defunciones, de las cuales poco más de la mitad (52%) ocurrió antes de los 70 años. De las 656 mil, alrededor de tres cuartos (78%) se debieron a ECNT, que afectan proporcionalmente en mayor magnitud a los individuos de 70 y más años. En contraste, las muertes por enfermedades transmisibles o las lesiones son más frecuentes en menores de 70 años (véase cuadro 2).

Las muertes asociadas a las causas seleccionadas para este trabajo fueron 422 mil (64% del total). Llama la atención que si solo se estudiaran las muertes que suceden antes de los 70 años, se excluiría a poco más de la mitad (54%) del total. Lo mismo ocurre con algunas causas en particular, como es el caso de las ECV, diabetes mellitus o EPOC. Es importante destacar que en el caso de las neoplasias, las ERC y, particularmente, la cirrosis, la mayor parte de las defunciones se verifican en población menor de 70 años.

El cuadro 3 amplía la información exhibida previamente al desglosar la distribución de muertes por ECNT por grupos de edad y sexo. Es relevante señalar que, en el caso de los hombres, la mitad de las defunciones por las causas seleccionadas acontece antes de los 70 años, en cambio en las mujeres solo representan el 42 por ciento. El riesgo de morir por estas causas, en términos de la tasa cruda de mortalidad, en los varones de menos de 70 años es 38 por ciento mayor que en las mujeres (no mostrado en la tabla).

Las ECV y la EPOC acumulan más muertes en la población femenina de 70 años y más con respecto a los hombres de la misma edad, mientras que esta relación se invierte en los menores de 70 años. En el caso de las muertes relacionadas con neoplasias, cirrosis o ERC, se registra una proporción mayor de muertes tanto en mujeres como en hombres menores de 70 años, observándose que el riesgo de morir por estas causas es ligeramente mayor en los varones, con excepción de las neoplasias, en las que el riesgo es mayor para las mujeres.

Al cambiar de indicador y describir la muerte prematura por medio de la tasa ajustada por edad de los APMP de cada ECNT seleccionada, se aprecia que para

Cuadro 2.
México. Distribución de la mortalidad por grupos de edad y enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas, ambos sexos, 2013

	Número de muertes	Distribución entre grupos de edad (%)	
		0-69 años	70 y más años
Total	656 054	52.0	48.0
Enfermedades transmisibles, causas maternas, neonatales y nutricionales	68 624	61.3	38.7
Enfermedades crónicas no transmisibles	512 395	46.0	54.0
Lesiones accidentales e intencionales	75 035	84.3	15.7
Enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas (total)	422 738	46.1	53.9
Enfermedad cardiovascular	147 475	33.8	66.2
Neoplasias	85 339	56.4	43.6
Diabetes mellitus	58 590	48.3	51.7
Enfermedad renal crónica	57 729	55.9	44.1
Cirrosis	41 204	71.8	28.2
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	32 401	21.5	78.5

Fuente: GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015).

Cuadro 3.
México. Distribución de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas, por grupos de edad y sexo, 2013^δ

	0-69 años		70 y más años	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
	n = 84 591	n = 110 388	n = 117 526	n = 110 233
Enfermedad cardiovascular	26.8	40.5	73.2	59.5
Neoplasias	60.6	51.9	39.4	48.1
Diabetes mellitus	43.3	53.6	56.7	46.4
Enfermedad renal crónica	53.8	58.0	46.2	42.0
Cirrosis	59.8	76.6	40.2	23.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	19.6	23.1	80.4	76.9
Enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas (total)	41.9	50.0	58.1	50.0

Notas: ^δ Porcentaje del total de muertes por causa, por sexo y por grupo de edad.

Fuente: GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015).

2013, en México, las ecv fueron responsables de la mayor cantidad de muertes prematuras, con una tasa de 28.1 por mil habitantes, seguida de las neoplasias (21.4 por mil) y de la ERC (13.9 por mil).

En el cuadro 4 se exponen las tasas ajustadas por edad en ambos sexos por entidad federativa, ordenadas por el grado de marginación a nivel estatal para las cinco ECNT seleccionadas. Se distingue que las entidades con mayor mortalidad por ECV y neoplasias son aquellas clasificadas en la marginación baja y muy baja (Chihuahua, Coahuila, Colima y Sonora). Por otra parte, los estados de Guerrero, Puebla, Guanajuato, Tabasco y Veracruz tienen la mayor mortalidad prematura por ERC y por diabetes mellitus. En el caso de la cirrosis, las entidades con mayor mortalidad prematura son aquellas de mayor marginación, mientras que en el caso de la EPOC no se reporta un patrón definido.

En el caso de la cirrosis, las entidades con mayor mortalidad prematura son aquellas de mayor marginación, mientras que en el caso de la EPOC no se reporta un patrón definido.

Cuadro 4.
México. Tasa de años de vida perdidos por muerte prematura ajustada por edad, ambos sexos, por grado de marginación y entidad federativa, 2013

Entidad federativa por grado de marginación 2010	ecv δ	Neoplasias	Enfermedad renal crónica	Diabetes Mellitus	Cirrosis	ЕРОСФ
República Mexicana	28.1	21.4	13.9	13.0	11.3	5.5
I. Marginación alta y muy alta						
Guerrero	33.0	24.3	16.3	17.1	12.6	6.4
Chiapas	27.7	25.5	13.7	13.3	14.9	5.7
Oaxaca	25.3	19.4	13.1	11.0	14.4	4.8
Veracruz	30.2	23.1	15.8	14.4	15.5	5.6
Puebla	24.6	18.8	16.8	14.0	17.1	5.5
Hidalgo	27.5	19.6	14.0	10.9	15.2	5.6
San Luis Potosí	25.2	20.1	10.8	10.8	8.6	5.5
Michoacán	25.7	21.1	13.4	13.6	10.1	6.1
Tabasco	28.3	21.1	15.3	14.9	8.7	5.4
Campeche	26.1	21.0	10.4	12.1	13.0	4.8
Yucatán	27.7	20.2	9.5	10.3	16.4	3.8
II. Marginación media						
Nayarit	25.8	22.2	10.5	10.7	7.5	5.6
Zacatecas	28.3	21.7	11.9	11.8	6.9	7.1
Guanajuato	26.6	19.4	16.5	14.2	10.4	6.0
Durango	29.0	20.1	11.2	11.0	6.0	6.1
Tlaxcala	19.0	16.3	16.0	12.6	11.7	4.8
Sinaloa	27.4	21.7	8.5	9.9	4.9	5.0
Querétaro	26.4	19.5	13.9	11.3	15.9	5.4
Morelos	24.4	20.9	14.3	13.3	13.1	5.4
Quintana Roo	24.1	19.0	10.5	12.4	12.5	4.9
III. Marginación baja y muy baja						
Chihuahua	37.6	25.8	12.2	14.0	9.4	6.5
México	23.8	18.1	15.9	13.9	12.9	5.5
Baja California Sur	30.3	25.5	10.6	11.4	7.3	4.3
Sonora	35.3	25.0	9.8	11.8	6.8	5.6
Tamaulipas	31.9	22.5	13.2	12.9	7.5	5.0
Colima	37.6	25.8	14.4	13.8	12.9	5.6
Jalisco	27.5	22.8	13.9	12.2	10.8	6.4
Aguascalientes	22.2	21.0	12.5	11.0	7.6	6.9
Coahuila	37.6	25.8	15.0	14.6	8.1	4.9
Baja California	33.0	22.5	10.3	12.4	9.1	4.5
Nuevo León	31.5	22.4	11.9	9.8	6.9	4.4
Distrito Federal	29.3	22.4	14.3	14.1	10.3	4.8

Notas: δ ecv: Enfermedad cardiovascular, ϕ ЕРОСФ: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015) y CONAPO (2011), *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*.

Conviene resaltar que las brechas entre las entidades son relativamente grandes (véase cuadro 4). En cuanto a la cirrosis, el riesgo de perder un APMP en Puebla es 3.5 veces mayor que en Sinaloa. Con una brecha menor, pero no por eso menos importante, el riesgo de perder un APMP por una enfermedad cardiovascular es dos veces mayor en Chihuahua en relación con Tlaxcala. Una situación similar se observa en el riesgo de perder un APMP por enfermedad renal crónica entre Puebla y Sinaloa. También es preciso resaltar que no se identifican patrones geográficos en la distribución de APMP por ERC, diabetes mellitus y neoplasias. Éste no fue el caso de las ECV, que se concentran en el norte del país, o la cirrosis, que lo hace en las entidades del sur.

El interés por presentar el cambio porcentual en una serie de 24 años es que esta medida permite anticipar posibles avances en la disminución de muertes prematuras. Más allá del cambio de la estructura de edades o del crecimiento de población en cada una de las entidades, se observan dos patrones constantes. En el caso de las ERC se revela un franco aumento de los APMP en todas las entidades federativas, desde Baja California que casi duplica su tasa, hasta Veracruz que la incrementa en el mismo periodo 2.3 veces. En contraste, se observa que el riesgo de perder un APMP por EPOC disminuye en todas las entidades. Mientras que en Quintana Roo la reducción es mínima (2.3%) en 24 años, en Durango bajó 38 por ciento. En las otras enfermedades seleccionadas predomina la tendencia descendente: la cirrosis se redujo en una quinta parte (-20%) a nivel nacional; las ECV, once por ciento; la diabetes mellitus, ocho por ciento; y las neoplasias, cuatro por ciento. La variabilidad entre los estados es distinta en cada uno de los padecimientos, sin embargo, se identifica un considerable rezago en Guerrero, Zacatecas y Quintana Roo, y, en menor grado en Chiapas, Veracruz y Michoacán (véase cuadro 5).

Discusión

En el marco de la 70ª Asamblea General de la ONU se llevará a cabo la “Cumbre de las Naciones Unidas para la adopción de la Agenda de Desarrollo Post-2015”. Este evento es crucial para los países miembros, pues no solo pretende dar continuidad a los resultados ob-

tenidos con la Agenda de Desarrollo del Milenio, sino, además, encarar con firmeza todos los asuntos relacionados con el deterioro del planeta. De entrada, no debe sorprender que la Agenda Post-2015 vaya más allá de un cambio de palabras, “de los ODM a los ODS”. Se trata de una transformación sobre la manera de concebir el desarrollo humano en un planeta frágil y devastado. En este sentido, más que iniciar una nueva etapa de seguimiento y medición del progreso en los países de manera voluntarista, se nos convoca a reconocer que vivimos en una sociedad global que ha estado hipotecando la salud de las futuras generaciones para lograr ganancias de desarrollo económico en el presente.

En este contexto, se tiene que cobrar conciencia de que el interés pragmático por el desarrollo económico del presente ha conducido a que algunos de los límites del planeta hayan sido rebasados (Rockström *et al.*, 2009). La Agenda Post 2015 invita a reflexionar sobre el costo del progreso y del desarrollo económico en materia ambiental, que en gran medida han sido responsables del desgaste experimentado por la biodiversidad y los ecosistemas en los últimos treinta años. Algunos autores identifican una aparente paradoja entre la mejora de la esperanza de vida y la degradación de los ecosistemas (Raudseep-Hearne *et al.*, 2010) y exploran hipótesis para explicarla. De hecho, es difícil pensar que los logros alcanzados en los ODM puedan sostenerse si se mantiene el deterioro progresivo de los ecosistemas.

Por otra parte, la Agenda Post 2015 no se puede reducir a un listado de objetivos y metas. Si bien es conveniente enunciarlos para conocerlos, como se hizo en la introducción, también es importante ponerlos en la perspectiva de los diferentes profesionales involucrados: los de la salud, de la salud pública, los demógrafos y los científicos sociales, así como de los políticos y los responsables de las decisiones en el seguimiento de los ODS. Por ejemplo, desde la perspectiva de la salud pública, Horton *et al.* (2014) proponen que debemos transitar a una visión de salud planetaria, entendida ésta como “... una actitud ante la vida y una filosofía de vida. Mediante ella, se hace hincapié en las personas y no en las enfermedades; en la equidad y no en la creación de sociedades injustas” (Horton *et al.*, 2014: 847).

La Agenda de Desarrollo Post 2015 en materia de salud busca minimizar las grandes brechas

Cuadro 5.
México. Cambio porcentual en la tasa de años de vida perdidos por muerte prematura ajustada por edad, ambos sexos, por grado de marginación y entidad federativa, 1990-2013

Entidad federativa por grado de marginación 2010	Enfermedad renal crónica	Neoplasias	Diabetes mellitus	Enfermedades cardiovasculares	Cirrosis	EPOC ϕ
República Mexicana	168.4	-3.6	-7.7	-11.3	-20.4	-23.6
I. Marginación alta y muy alta						
Guerrero	201.4	7.9	31.7	5.8	12.4	-11.0
Chiapas	167.0	-5.1	25.7	-7.7	8.9	-17.9
Oaxaca	134.8	-9.6	14.3	-10.3	-5.5	-29.3
Veracruz	228.7	1.7	3.9	-1.9	-7.5	-11.0
Puebla	180.0	-3.4	5.1	-7.8	-22.3	-33.5
Hidalgo	134.6	-6.7	-14.7	-11.9	-47.7	-26.2
San Luis Potosí	158.8	-5.6	-7.6	-16.1	-11.4	-17.2
Michoacán	193.5	-4.1	13.4	-8.7	6.9	-22.8
Tabasco	217.5	-2.5	13.7	-13.9	-16.4	-15.2
Campeche	158.6	-11.7	-4.8	-15.2	-11.3	-16.9
Yucatán	177.0	-4.7	-2.2	-6.1	12.5	-21.9
II. Marginación media						
Nayarit	125.9	-16.1	-19.8	-25.3	-12.4	-28.1
Zacatecas	186.9	7.4	18.2	-0.6	35.6	-13.6
Guanajuato	211.1	2.3	-4.9	-4.9	-2.6	-15.8
Durango	104.1	-18.0	-37.8	-22.7	-23.4	-38.2
Tlaxcala	116.9	-13.4	-13.7	-23.0	-39.0	-35.6
Sinaloa	136.4	-10.0	-8.7	-13.9	-5.1	-18.3
Querétaro	156.4	-3.6	-18.0	-11.5	-16.2	-29.5
Morelos	157.8	-8.1	0.9	-18.8	-11.7	-18.7
Quintana Roo	221.1	8.9	24.4	3.9	10.5	-2.9
III. Marginación baja y muy baja						
Chihuahua	124.5	-12.9	-29.1	-24.4	-1.3	-30.8
México	201.1	3.1	-2.0	-7.0	-41.4	-24.4
Baja California Sur	134.6	-6.4	-14.0	-14.0	-17.4	-23.6
Sonora	110.3	-8.2	-16.6	-16.7	-3.9	-26.7
Tamaulipas	147.3	-15.4	-23.8	-20.6	-14.1	-30.0
Colima	124.5	-12.9	-29.1	-24.4	-18.6	-20.5
Jalisco	159.9	-2.1	-8.6	-15.6	-11.1	-14.1
Aguascalientes	156.2	-3.9	-21.1	-18.3	-14.9	-18.1
Coahuila	124.5	-12.9	-29.1	-24.4	-6.2	-37.8
Baja California	90.9	-13.6	-31.2	-28.7	-34.4	-27.8
Nuevo León	141.4	-2.0	-27.1	-17.8	-2.5	-35.8
Distrito Federal	162.6	2.2	-18.2	-8.2	-36.1	-24.5

Nota: ϕ EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Fuente: GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015) y CONAPO (2011), *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*.

relacionadas con la riqueza, la educación, el género y el lugar donde habitan las personas. Por esa razón, apoya la generación del conocimiento como una fuente de transformación social, que permita lograr gradualmente los niveles más altos posibles de salud y bienestar (Horton *et al.*, 2014: 847). En particular, este tema ha sido revisado a fondo por la fundación Rockefeller y la comisión de Lancet sobre Salud Planetaria (Withmee *et al.*, 2015).

Para México, la adopción y adaptación de los ODS es una tarea que requiere de una amplia participación tanto de agencias del gobierno, como de académicos y actores de la sociedad civil. El debate sobre la gobernanza y coordinación intersectorial es fundamental. En el caso del ODS 3 es conveniente empezar por revisar a fondo las ambigüedades de algunas de las metas y los posibles indicadores que deriven de ellas. Por ejemplo, la meta 3.8 “Lograr la cobertura universal en salud, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” o la meta 3.9 “Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo”. En ambos casos, los desafíos se enfocan a la elaboración conceptual y de medición, a la investigación y a los sistemas de información. Es conveniente, además, acotar los términos de la “reducción sustancial del número de muertes” y definir el grupo de enfermedades que deberán ser monitoreadas.

La evidencia presentada en la sección de resultados para una porción de la meta 4 del ODS 3 es su-

ficiente para organizar acciones focalizadas, a fin de mantener la tendencia decreciente de la disminución de la mortalidad prematura por ECNT, concentrándose en algunas de ellas y en algunas áreas específicas del país. Es claro que México no podrá mantener el ritmo decreciente si no pone más atención en la epidemia de las enfermedades renales crónicas o de neoplasias. Pero, por otro lado, es primordial no bajar la guardia en el impulso que se le ha dado a la disminución de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Como señalan Norheim *et al.* (2015), dados los resultados exitosos en el descenso de la mortalidad prematura en menores de 50 años, el grupo de edad objetivo está entre los 50 y los 70 años, lo cual no implica descuidar el resto de los grupos de edad.

Para no incurrir en una idea de progreso sin restricciones, es conveniente seguir revisando cuidadosamente diversos temas de consumo y producción de bienes y servicios; de investigación e información relacionada con indicadores de salud, población, educación, energía, cambio climático, entre otros, pero, sobre todo, pensar más allá de las acciones sectoriales y buscar una real convergencia intersectorial que permita alcanzar las aspiraciones manejadas a manera de metas de un desarrollo humano sostenible.

Finalmente, debemos programar actividades que nos ayuden a responder a la pregunta que queda en el aire y que en gran medida es el eje articulador de la implantación de los ODS en México y en el resto de los países (Waage y Yap, 2015): ¿Cómo vamos a organizarnos como sociedad para lograr una gobernanza mundial y nacional alrededor de los ODS y alcanzar los resultados esperados en quince años?

Anexo 1. De los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles

Objetivos de Desarrollo del Milenio	Objetivos de Desarrollo Sostenible
1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre	1 Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
2 Lograr la enseñanza primaria universal	2 Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible
3 Promover la igualdad de género y autonomía de la mujer	3 Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
4 Reducir la mortalidad infantil	4 Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos
5 Mejorar la salud materna	5 Lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas
6 Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades	6 Garantizar la disponibilidad de agua y su ordenación sostenible y el saneamiento para todos
7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	7 Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos
8 Fomentar una asociación mundial para el desarrollo	8 Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos
	9 Construir infraestructura resiliente, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación
	10 Reducir la desigualdad en y entre los países
	11 Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles
	12 Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles
	13 Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos
	14 Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible
	15 Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, efectuar una ordenación sostenible de los bosques, luchar contra la desertificación, detener y revertir la degradación de las tierras y poner freno a la pérdida de la diversidad biológica
	16 Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles
	17 Fortalecer los medios de ejecución y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible

Fuente: Elaboración propia con base en Naciones Unidas (2000) y United Nations (2014).

Anexo 2.
Códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, ediciones novena (CIE-9)
y décima (CIE-10); usados para definir enfermedades o grupos de enfermedades
en el estudio de Carga Global de la Enfermedad, 2013

Enfermedad / Grupo	Código CIE-9	Código CIE-10
Cáncer	140-148, 150-158, 160-164, 170-175, 180-183.8, 184.0-184.4, 184.8, 185-186, 187.1-187.8, 188-188, 189.0-189.8, 190-194.8, 200-208.92, 209.0-209.17, 209.21-209.27, 209.31-209.57, 209.61, 209.63-209.67, 210, 211.0-211.8, 212.0-212.8, 213-213, 217-218, 219.0, 219.1, 220-220, 221.0-221.8, 222.0-222.8, 223.0-223.89, 224-228, 229.0, 229.8, 230.1-230.8, 231.0-231.2, 232, 233.0-233.2, 233.31, 233.32, 233.4, 233.5, 233.7, 234.0-234.8, 235.0, 235.4, 235.6-235.8, 236.1, 236.2, 236.4, 236.5, 236.7, 236.91-237, 238.0-238.8, 239.2-239.4, 239.6, 569.0, 569.43, 569.44, 569.84, 569.85, 610	C00-C13, C15-C25, C30-C34.92, C37-C38.8, C40-C41, C43-C45, C47-C54, C56-C57.8, C58.0, C60-C63.8, C64-C67, C68.0-C68.8, C69-C75.8, C81-C86.6, C88-C97, D00.00-D00.2, D01.0-D01.3, D02.0-D02.3, D03-D06, D07.0-D07.2, D07.4, D07.5, D09.0, D09.3-D09.8, D10.0-D10.7, D11-D12, D13.0-D13.7, D14.0-D14.32, D15-D16, D22-D25, D26.0, D26.1, D27-D27, D28.0-D28.7, D29.0-D29.8, D30.0-D30.8, D31-D36, D36.1-D36.7, D37.01-D37.5, D38.0-D38.5, D39.1-D39.8, D40.0-D40.8, D41.0-D41.8, D42-D43, D44.0-D44.8, D45-D47, D48.0-D48.62, D49.2-D49.4, D49.6, D49.81, K31.7, K62.0, K62.1, K63.5, N84.0, N84.1, N87
Enfermedades cardio-vasculares	036.41-036.43, 036.6, 391-391.2, 391.8, 391.9, 392.0, 393-398, 402-402.91, 410-414, 417, 420-423, 423.1-425, 427-427.32, 427.6-427.89, 429.0, 429.1, 430-435, 437.0-437.2, 437.5-437.8, 441-454, 456, 456.3-457, 459, 459.1-459.39	G45-G46.8, I01, I02.0, I05-I09, I11, I20-I25, I28-I28.8, I30-I31.1, I31.8, I31.9, I33-I42, I47-I48, I51.0-I51.6, I60-I61, I62.0-I62.03, I63, I65-I66, I67.0-I67.3, I67.5-I67.7, I69.0-I69.198, I69.20-I69.398, I70.2-I70.8, I71-I78, I80-I83, I86-I89, I91.9
Diabetes mellitus	250-250.39, 250.5-250.9, 357.2, 775.0, 775.1, 790.2	E10-E10.11, E10.3-E11.1, E11.3-E12.1, E12.3-E13.11, E13.3-E14.1, E14.3-E14.9, P70.0-P70.2, R73-R73.9
Enfermedad renal crónica	250.4, 403-404, 581-583, 585, 589	E10.2-E10.29, E11.2-E11.29, E12.2, E13.2-E13.29, E14.2, I12-I13.9, N02-N08.8, N15.0, N18-N18.9
Cirrosis	070.22, 070.23, 070.32, 070.33, 070.44, 070.54, 456.0-456.21, 571, 572.3-572.9, 573.0-573.3, 573.8, 573.9	B18, D09.2-D09.22, I85, K70, K71.3-K71.51, K71.7, K72.1-K74.69, K74.9, K75.8-K76.0, K76.6, K76.7, K76.9
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	490-492, 494, 496-499	J40-J44.9, J47-J47.9

Fuente: GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015).

Bibliografía

- Ahern, Ryan M, Rafael Lozano et al. (2011), “Improving the public health utility of global cardiovascular mortality data: the rise of ischemic heart disease”, en *Population Health Metrics*, vol. 9:8.
- Buse, Kent y Sarah Hawkes (2015), “Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift?”, en *Globalization and Health*, vol. 11:13.
- CONAPO [Consejo Nacional de Población] (2011), *Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010*, México. Disponible en línea: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio
- Dirección General de Estadística (s/f), *Encuesta Mexicana de Fecundidad 1976-1977*, México. Disponible en línea: <http://opr.princeton.edu/archive/wfs/MX.aspx>
- Foreman, Kyle, Rafael Lozano et al. (2012), “Modeling causes of death. An integrated approach using CODEM”, en *Population Health Metrics*, vol.10:1.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators (2015), “Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013”, en *Lancet*, vol. 385, núm. 9963, pp. 117-171.
- Griggs, David, Mark Stafford-Smith et al. (2013), “Sustainable development goals for people and planet”, en *Nature*, vol. 495, 21, marzo 2013, pp. 305-307.
- (2014), “An integrated framework for sustainable development goals”, en *Ecology and Society*, vol. 19, núm. 4, pp. 49.
- Handl, Günter (2012), *Declaración de la conferencia de las Naciones Unidas sobre el medio humano (declaración de Estocolmo)*, de 1972, y *Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo*, de 1992, Nueva York. Disponible en línea: http://legal.un.org/avl/pdf/ha/dunche/dunche_s.pdf
- Horton, Richard, Robert Beaglehole et al. (2014), “From public to planetary health: a manifesto”, en *Lancet*, vol. 383, núm. 847.
- IHME [Institute for Health Metrics and Evaluation] (2015), *COD Visualization*, Seattle. Disponible en línea: <http://vizhub.healthdata.org/cod>
- INEGI [Instituto Nacional de Estadística y Geografía] (2015), *Estadísticas de Mortalidad 1990-2013*. Disponible en línea: http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144&proy=mortgral_mg
- (s/f a), *Censos de Población y Vivienda 1980-2010*. Disponible en línea: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/ccpv/cpvsh/Series_historicas.aspx
- (s/f b), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1992*. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/enadid/enadid1992/default.aspx>
- (s/f c), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997*. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid1997/default.aspx>
- (s/f d), *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*. Disponible en línea: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2009/default.aspx>
- (s/f e), *Estadísticas Históricas de México, Tomo I. México 2000*. Disponible en línea: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/historicas/EHM%201.pdf
- INSP [Instituto Nacional de Salud Pública] (s/f), *Encuestoteca*. Disponible en línea: <http://www.insp.mx/encuestoteca.html>
- Lloyd-Sherlock, Peter, Shah Ebrahim et al. (2015), “A premature mortality target for SDG for health ageist”, en *Lancet*, vol. 385, pp. 2147-2148.
- Lozano, Rafael, Mohsen Naghavi et al. (2012), “Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010.

- A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010”, en *Lancet*, vol. 380, pp. 2095-2128.
- Lozano, Rafael, Héctor Gómez-Dantés et al. (2013), “La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México”, en *Salud Pública de México*, vol. 55, pp. 580-594.
- Murray, Christopher JL, Majid Ezzati et al. (2012), “GBD 2010: design, definitions, and metrics”, en *Lancet*, vol. 380, núm. 9859, pp. 2063-2066.
- Naciones Unidas (1998), *Protocolo de Kyoto de la convención marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático*, Nueva York. Disponible en línea: <http://unfccc.int/resource/docs/convkp/kpspan.pdf>
- (2000), *Resolución aprobada por la Asamblea General. 55/2. Declaración del Milenio*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- (2005a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2005*, Nueva York. Disponible en línea: http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf
- (2005b), *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/commitmentscompilationspanish.pdf>
- (2008a), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2008*. Nueva York. Disponible en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf
- (2008b), *Recopilación de iniciativas y compromisos relacionados con la reunión de alto nivel sobre los objetivos de desarrollo del Milenio*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/spanish/largerfreedom/>
- (2009), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2009*, Nueva York. Disponible en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf
- (2010a), *Cumplir la promesa: unidos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/65/1>
- (2010b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2010*, Nueva York. Disponible en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf
- (2011), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011*, Nueva York. Disponible en línea: [http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342\(S\)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf](http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342(S)MDG_Report_2011_Book_LR.pdf)
- (2012), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2012*, Nueva York. Disponible en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg_2012_foreword_overview.pdf
- (2013a), *Documento final del acto de seguimiento de la labor realizada para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/68/L.4>
- (2013b), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2013*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf>
- (2014), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
- (2015), *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*, Nueva York. Disponible en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Naghavi, Mohsen, Susanna Makela et al. (2010), “Algorithms for enhancing public health utility of national causes of death data”, en *Population Health Metrics*, vol. 8:9.
- Norheim, Ole, Prabhat Jha et al. (2015), “Avoiding 40% of the premature deaths in each country, 2010–30: review of national mortality trends to help quantify the un Sustainable Development Goal for health”, en *Lancet*, vol. 385, pp. 239–252.
- Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005), *Invirtiéndose en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del*

- Milenio, Naciones Unidas, Nueva York. Disponible en línea: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/spanish-chapter1-highres.pdf>
- Raudsepp-Hearne, Ciara, Garry D. Peterson et al. (2010), "Untangling the Environmentalist's Paradox: Why is Human Well-Being Increasing as Ecosystem Services Degrade?", en *BioScience*, vol. 60, núm. 8, pp. 576-558.
- Rockström, Johan, Will Steffen et al. (2009), "Planetary boundaries: exploring the safe operating space for humanity", en *Ecology and Society*, vol. 114, núm. 2, artículo 32.
- ssa [Secretaría de Salud] (s/f a), *Egresos hospitalarios por morbilidad en instituciones públicas del sector salud*. México. Disponible en línea: http://sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/eh_sectorial_morbi.html
- (s/f b). *Anuarios de morbilidad 1984-2014*. Disponible en línea: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
- (s/f c). *Cubos de egresos hospitalarios 2000-2009*. SIN AIS, Salud, México. Disponible en línea: <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cegresosxp.html>
- United Nations (1987), *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*, New York. Disponible en línea: <http://www.un-documents.net/our-common-future.pdf>
- (2006), *The Millennium Development Goals Report 2006*, New York. Disponible en línea: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2006/MDGReport2006.pdf>
- (2007), *The Millennium Development Goals Report 2007*, New York. Disponible en línea: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>
- (2013), *Report of the UN Secretary-General: A life of dignity for all*, New York. Disponible en línea: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/sg_Report_MDG_EN.pdf
- (2014), *Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals*, Geneve. Disponible en línea: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/68/970
- (2015), *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, Geneve. Disponible en línea: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7891Transforming%20Our%20World.pdf>
- United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability (2012), *Resilient People, Resilient Planet: A future worth choosing*, New York. Disponible en línea: https://en.unesco.org/system/files/gsp_Report_web_final.pdf
- Waage, Jeff y Chris Yap (2015), *Thinking Beyond Sectors for Sustainable Development*, London, Disponible en línea: <http://beyondsectors.tumblr.com/>
- Wang, Haidong, Laura Dwyer-Lindgren et al. (2012), "Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", en *Lancet*, vol. 380, núm. 9859, pp. 2071–2094.
- Withmee, Sarah, Andy Haines et al. (2015), "Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health", en *Lancet*. Disponible en línea: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60901-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60901-1)
- WHO [World Health Organization] (1977), *Manual of the International Statistical Classification of diseases, injuries and causes of death*, vol. 1, Geneva.
- (2011), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. vol. 2, *Instruction manual, 2010 Edition*, Geneva.
- (2013), *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*, Geneva. Disponible en línea: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1
- (2015), *Towards a monitoring framework with targets and indicators for the health goals of the post-2015 Sustainable Development Goals*, Geneva.

