

## CUESTIONES DE POLÍTICA ACTUAL

# Cobertura universal de salud: necesaria pero no suficiente

Susana T Fried,<sup>a</sup> Atif Khurshid,<sup>b</sup> Dudley Tarlton,<sup>c</sup> Douglas Webb,<sup>d</sup>  
con Sonia Gloss,<sup>e</sup> Claudia Paz,<sup>f</sup> Tamara Stanley<sup>g</sup>

- a Subdirectora del Grupo Temático y Asesora Principal en Género, VIH y Salud, Transversalización, Género y los ODM, Grupo de VIH, Salud, y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo (PNUD), Nueva York NY, EEUU. Correspondencia: susana.fried@undp.org
- b Especialista en Políticas, Grupo de VIH, Salud, y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, PNUD, Nueva York, NY, EEUU
- c Especialista en Programas, VIH, Salud y Desarrollo, PNUD, Ginebra, Suiza
- d Líder del Grupo Temático, Transversalización, Género y los ODM, Grupo de VIH, Salud y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, PNUD, Nueva York, NY, EEUU
- e Estudiante de Maestría, Brandeis University, Waltham MA, EEUU
- f Estudiante de Maestría, Nueva York University Wagner School, MA, Nueva York NY, EEUU
- g Estudiante de Maestría en Salud Pública University of Wollongong, Palmerston ACT, Australia

**Resumen:** *En este artículo se destacan las consideraciones clave para tratar mejor los asuntos de salud y derechos sexuales y reproductivos relacionados con la cobertura sanitaria universal (CSU), en particular en el contexto de la agenda de desarrollo sostenible post-2015. Consideramos la CSU como un asunto de desarrollo en salud y de financiación de servicios de salud, y estudiamos su historia. Discutimos sus limitaciones tal como se entienden actualmente desde el punto de vista de derechos humanos, y mostramos por qué las barreras estructurales a la salud y el ambiente legislativo y político, que son esenciales para la salud (en particular la salud y los derechos sexuales y reproductivos), requieren consideración crítica en las deliberaciones sobre la salud en el marco de desarrollo post-2015 y deben tomarse en cuenta más allá de la CSU en todo futuro objetivo relacionado con la salud. Por consiguiente, sugerimos que la CSU por sí sola no basta para garantizar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, y menos a los derechos sexuales y reproductivos. Debe considerarse como un medio para lograr metas más generales en salud y desarrollo. La aspiración para la agenda de desarrollo post-2015 debería ser una meta como procurar alcanzar el más alto nivel posible de salud o maximizar el número de vidas saludables, en la cual influya una estrategia basada en derechos.* © 2015 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters

**Palabras clave:** Cobertura universal de salud, marco de políticas de desarrollo, derechos humanos, financiamiento de la atención de la salud, objetivos de desarrollo sostenible, salud y derechos sexuales y reproductivos.

**E**n este artículo se examinan la promesa y las limitaciones de la cobertura universal de salud (CUS) y, en particular, sus implicancias para el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. En el reciente informe al Secretario General de la ONU de parte del Grupo de Alto

Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015 (Informe HLP, por sus siglas en inglés)<sup>1</sup> se ha insistido en que es urgente reconocer y asegurar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El empoderamiento de las mujeres y la igualdad entre los géneros es uno de los 12 objetivos

generales propuestos en el HLP, y asegurar el carácter universal de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una de las cinco metas del objetivo ‘garantizar vidas saludables’.<sup>1</sup> El informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2013 analiza el ODM 5 (Salud materna y reproductiva), tomando nota de que persisten algunos vacíos y que en realidad este objetivo está muy alejado del cumplimiento de sus metas.

En su evaluación de 2011 sobre el Programa de Acción de la CIPD (CIPD más allá de 2014), la Asamblea General de la ONU aprobó una resolución que hace hincapié en que los Estados Miembros deben renovar el compromiso con sus metas y objetivos al más alto nivel. También extendió el Programa de Acción y las Acciones Clave para que se completen después de 2014, a fin de asegurar que se cumplan en su totalidad las metas y los objetivos.

Es muy oportuno que se reconozca la importancia de abordar las desigualdades en materia de salud y de promover el respeto a la salud y derechos sexuales y reproductivos. El acceso a la salud y derechos sexuales y reproductivos es un elemento fundamental del objetivo más amplio que es asegurar la salud como un derecho humano con principio de igualdad y no discriminación, y que va más allá de la CIPD y los ODM.<sup>2</sup> Pero hay otros elementos fundamentales que tampoco se han alcanzado hasta ahora; a saber: que la atención de la salud se vuelva accesible, aceptable, asequible y de alta calidad,<sup>3</sup> y que se brinde en una forma equitativa y no discriminatoria. Todo esto se relaciona íntimamente con las conversaciones sobre la CUS y la aspiración de que todas las personas puedan usar los servicios de salud que necesiten – de promoción, prevención, cura y rehabilitación – sin que eso les ocasione apremios económicos.

Los Estatutos de la OMS (1948) declaran que la salud es un derecho humano fundamental y es reiterado en la Agenda Salud para Todos (1978).<sup>2</sup> Los elementos esenciales de CUS<sup>2</sup> están afianzados en el derecho a la salud y están consagrados en una serie de normas y estándares internacionales sobre derechos humanos (por ejemplo: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los

Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) y además están garantizados en muchas constituciones nacionales, todos los cuales disponen que los garantes de derechos están obligados por ley a apoyar a las personas para que ejerzan efectivamente su derecho a la salud (de la cual es parte la salud sexual y reproductiva).

La cobertura universal de salud viene des-puntándose rápidamente como una prioridad en las consultas sobre el desarrollo más allá de 2015. Anteriormente, no solo fue propuesta en la evaluación del vigésimo aniversario de la CIPD, sino que ocupó un lugar prominente en la Asamblea General de la ONU (como lo demuestra la Resolución de la AG A/67/L 36). El informe sobre la salud en el mundo incluye la CUS en los informes de 2008, 2010, 2012 y 2013.\* Efectivamente, el de 2013 se concentra en la investigación sobre la cobertura universal de salud y amplía la definición de CUS pasando de “cobertura” a “cuidado”.<sup>4</sup> Sin embargo, en general, la CUS se ha centrado históricamente en la cobertura de salud (garantizando protección contra apremios económicos) más que en la atención universal de la salud para todos.

En junio de 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Conferencia Río+20, recalcó el papel de la CUS que contribuyó al incremento, no solo de la salud sino también de la cohesión social, el crecimiento económico y el desarrollo, exhortó a emprender acciones con los elementos sociales y ambientales que determinan la salud y prometió fortalecer los sistemas de salud para que puedan brindar cobertura universal equitativa, mediante un proceso que cuente con la intervención de múltiples actores.<sup>5</sup> Posteriormente, en diciembre 2012, la Asamblea General de la ONU recomendó que la CUS fuera un tema de los debates sobre la Agenda para el Desarrollo Más Allá de 2015,<sup>5</sup> reconociendo expresamente “la importancia de la cobertura universal en los sistemas nacionales de salud, especialmente a través de la atención primaria de salud y los mecanismos de protección social, para que todos tengan acceso a servicios de salud, especialmente los segmentos más pobres de la población”.<sup>6</sup> En efecto, en el proceso

\* En: <http://www.who.int/whr/en/>. Los informes anteriores están en: <http://www.who.int/whr/previous/en/>.

de consulta del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) sobre la agenda post-2015, la CUS ha ocupado un lugar destacado en la consulta mundial temática sobre la salud, junto a la reducción de desigualdades en materia de salud, la lucha contra las enfermedades no transmisibles y el resguardo de los logros alcanzados con tanta dificultad en los ODM relativos a la salud. El informe dirigido al Secretario General de la ONU por el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes hace un llamado para alcanzar un “progreso estable en asegurar la cobertura universal de salud y el acceso a servicios esenciales de salud de buena calidad.”<sup>7</sup> También exhorta a que se tengan en cuenta las sinergias entre los distintos objetivos y prioridades potenciales.

El informe de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible propone que “para 2030, todos los países deben estar bien posicionados para asegurar la cobertura universal de salud a todos los ciudadanos en cada etapa de sus vidas, debiendo poner un empeño especial en la prestación de servicios integrales de atención primaria de la salud brindados a través de un sistema de salud dotado de suficientes recursos.”<sup>3</sup> Las actuales discusiones sobre políticas para después de 2015 se dan principalmente en el seno del Grupo de Trabajo de Composición Abierta que se encarga de los Objetivos de desarrollo sostenible.

En vista de la preponderancia que tiene la cobertura universal de salud es oportuno investigar de qué manera la CUS puede y debe apoyar al logro de otros objetivos internacionalmente acordados, como son: el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5b) así como el disfrute del derecho a la salud, sin discriminación alguna,<sup>3</sup> entre otras propuestas que vayan apareciendo para la nueva agenda de desarrollo.

En este sentido, es importante señalar que lo que se está sistematizando en forma consistente como CUS es el compromiso de brindar cobertura universal de salud (apoyo financiero para la atención de la salud), y no la atención universal de la salud (o la salud para todos), aun cuando esta última constituye un objetivo de mucho mayor alcance. Este artículo recoge esta distinción como un elemento fundamentalmente útil para quienes promueven y abogan por el derecho a la salud.

## ¿Qué es la cobertura universal de salud (CUS)?

Según la OMS, CUS significa brindar a toda la población acceso a servicios de atención de salud de buena calidad y a precios asequibles, con el fin de asegurar que todos “obtienen los servicios de salud que necesitan sin sufrir penurias económicas para pagarlos”.<sup>2</sup> La cobertura universal de salud puede contribuir al ejercicio efectivo del derecho a la salud y es un puntal de apoyo para agendas más amplias de desarrollo económico y social, al volver más asequibles los servicios de salud. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) además recalca que la “cobertura universal debe asegurar acceso a la atención de salud para todos los residentes de un país, independientemente del subsistema de financiamiento al que pertenezcan”.<sup>8</sup> La Resolución 66/288 de la Asamblea General de la ONU precisa que es necesaria “la participación de todos los actores pertinentes para coordinar acciones multisectoriales que se ocupen urgentemente de las necesidades de salud de la población mundial.”<sup>5</sup>

La *cobertura universal* se logrará cuando prácticamente toda la población tenga cubiertas casi todas sus necesidades de salud, independientemente de los costos que ello implique (señalando que prácticamente ningún país ha alcanzado aún el 100% de cobertura).<sup>9</sup> Para explicar el proceso que nos llevará a la CUS, la OMS ha utilizado la imagen de un cubo tridimensional (Figura 1) con tres campos: población (quiénes están cubiertos), servicios (qué servicios están cubiertos), y costos directos (proporción de los costos cubiertos). La cobertura tiene como principal objetivo eliminar los obstáculos financieros que impiden acceder a la atención de salud, valiéndose de mecanismos adecuados de financiamiento de la salud que reduzcan los gastos directos y eventualmente tiendan a eliminarlos del todo. De otro lado, el acceso depende de varios factores sociales determinantes, y también de factores propios del sistema de salud, como son suficientes puntos de prestación de servicios, medicamentos y equipos y disponibilidad de servicios primarios, secundarios y terciarios a cargo de proveedores debidamente capacitados.

La CUS no es un sistema que lidie con todos los aspectos de la enfermedad y con toda la gama de factores sociales determinantes de la salud. Es esencial concentrarse en que los pacientes obtengan servicios sin pasar penurias económicas, pero se corre el riesgo de no tocar otras numerosas formas en que se limitan los servicios y el acceso – es decir, la infraestructura sanitaria, el personal de salud, las normas sociales, la estigmatización o la discriminación.<sup>10</sup> Estos son problemas que es indispensable abordar para evaluar en qué medida la CUS ayuda a materializar el derecho a la salud y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Al evaluar esta perspectiva, Gita Sen<sup>11</sup> ha brindado un marco más matizado, que enfoca siete dimensiones:

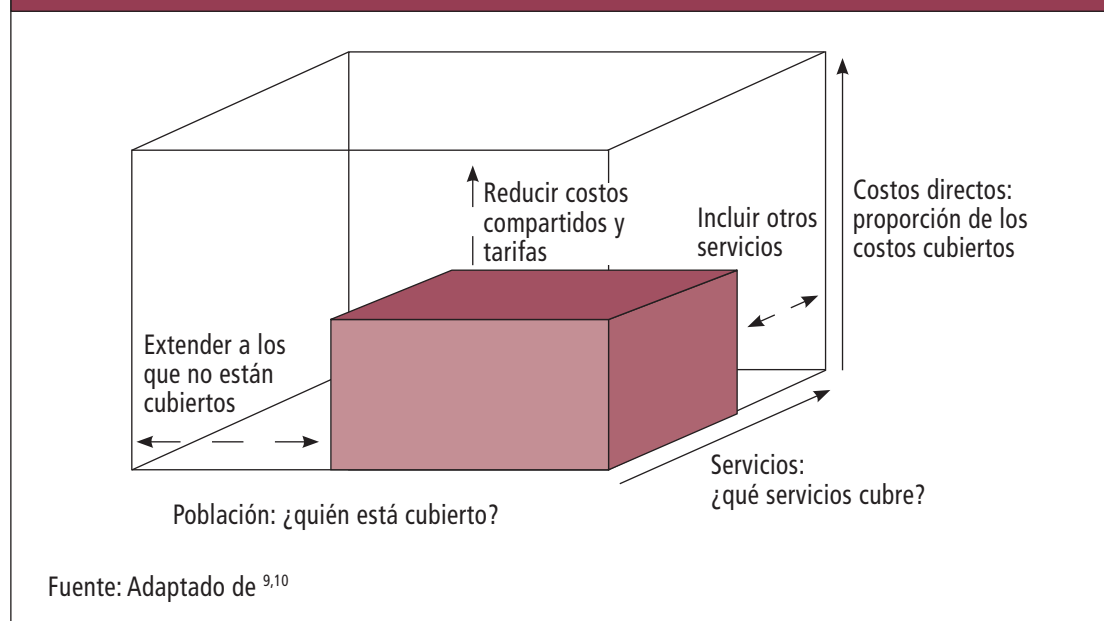
- Financiamiento y protección financiera.
- Normas para los servicios de salud (con paquetes esenciales).
- Recursos humanos para la salud.
- Acceso a medicamentos y aparatos médicos.
- Gestión y reformas institucionales.
- Participación comunitaria.
- Determinantes sociales de la salud.

Este marco nos hace notar que es necesario hacer preguntas que generalmente han quedado fuera del debate sobre CUS.

## La historia de CUS

En las últimas dos décadas, un creciente número de países de renta baja y media, como Brasil, India, México, Ruanda, Sudáfrica y Tailandia han empezado a ejecutar programas para brindar la cobertura universal de salud (CUS). La OIT ha documentado este aumento, y ha registrado a casi 50 países que brindaban seguridad social para salud en forma sustancial en 2008.<sup>8,12</sup> El sistema de Naciones Unidas, así como, por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo, las fundaciones Bill y Melinda Gates y Rockefeller, han pedido que se preste más atención a la CUS.<sup>13</sup> Este pedido refleja una gama de intereses y perspectivas: reducir o racionalizar los gastos de atención de la salud, aumentar la atención de la salud y los servicios en contextos con escasos recursos, y asegurar el derecho a la salud – a menudo, impulsando

Figura 1. Tres dimensiones que debemos considerar cuando buscamos la cobertura universal<sup>14</sup>



o fortaleciendo la atención privada de la salud en el proceso.

A nivel mundial hay distintos enfoques sobre el financiamiento de la cobertura universal. Algunos países tienen sistemas en los cuales se espera que cada familia también haga un aporte (como en Ghana, Ruanda, Filipinas y Vietnam). Otros, como Tailandia, financian la CUS a través de impuestos para asegurar la cobertura a todos los que están fuera del sector formal, y cuentan también con seguros privados y con el seguro para empleados públicos.<sup>14</sup>

Entre los defensores de la cobertura universal de salud hay quienes se concentran en promover el derecho a la salud para todos, mientras que otros ponen énfasis en la salud como factor indispensable para el crecimiento económico o para atender intereses políticos.<sup>15</sup> Ampliar la atención de la salud y la cobertura sanitaria es un proceso intrínsecamente político, vinculado a los debates nacionales sobre bienestar social, seguridad social y desarrollo social. Al aplicar la CUS como una política nacional “ha habido una tendencia a exigir que confluyan oportunidades políticas, recursos financieros disponibles (especialmente provenientes de una base de ingresos tributarios en funcionamiento), y la movilización de partidos políticos de izquierda, líderes y representantes fuertes (como los sindicatos)”.<sup>16</sup> Según el marco de Gita Sen, se han tenido que alinear las siete dimensiones que ella identificó.

### **La cobertura universal de salud como una cuestión de desarrollo económico**

Se ha comprobado que la mala salud y los costos de su atención imponen una pesada carga a las personas y a los presupuestos gubernamentales.<sup>17</sup> La OIT estima que los habitantes de países de renta baja y de renta media baja como Camboya, India y Paquistán, deben cubrir más del 50% de sus propios gastos de salud, en tanto que los habitantes de países de renta alta o de renta media alta asumen menos del 30%.<sup>8</sup> Evidentemente, 30% es un monto considerable y representa una fuerte carga para los hogares, especialmente aquellos de recursos limitados, donde quiera que vivan. En efecto, cada año llegan a 150 millones las personas, muchas de ellas en situación vulnerable, que enfrentan catástrofes financieras debido a los pagos

directos que tienen que hacer para recibir la atención de salud que necesitan.<sup>18,19</sup>

Es más, existe una relación documentada entre el nivel de los ingresos y el acceso a servicios de salud a nivel nacional, puesto que un PBI alto per cápita se correlaciona con menos déficit de atención de la salud (es decir, la falta de acceso a servicios de salud necesarios).<sup>8</sup> Paralelamente, el paquete de servicios cubiertos por la CUS se ve limitado por la capacidad financiera nacional, la infraestructura de salud y el consenso político nacional. A pesar de estas limitaciones financieras, la CUS puede fortalecer la capacidad de recuperación o de adaptación de familias y comunidades cuando enfrentan crisis sanitarias, al proteger a la población contra los efectos financieros, potencialmente catastróficos, de las enfermedades, y así los puede ayudar a evitar y salvarse de la pobreza. La mala salud es un factor muy importante que contribuye a la pobreza. Reduce la productividad y aumenta los costos relacionados con la búsqueda de cuidados para la salud. En cambio, los costos directos de atención de la salud son un factor muy importante que precipita a las personas a la pobreza.<sup>9</sup>

La protección financiera es la piedra angular de la CUS, pues colabora con las personas para que puedan acceder a la atención que necesitan protegiendo a la vez sus ahorros, sus bienes y sus medios de subsistencia. Desde esta óptica se trata a la vez de una intervención sanitaria y de una medida de reducción de la pobreza. La ampliación de la cobertura en México constituye un ejemplo patente de esta afirmación. Según una evaluación efectuada en 2005–2006, el programa del seguro nacional de salud ha reducido en forma significativa los gastos directos y ha aumentado la protección financiera, especialmente para las familias más pobres.<sup>20</sup> La erradicación de la pobreza para el 2030 – un objetivo propuesto por el Banco Mundial<sup>21</sup> y el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes del Secretario General de la ONU<sup>7</sup> – requiere que haya un progreso estable en el logro de la CUS. La salud no solo es importante en sí misma, sino que también es un indicador y un factor que contribuye al desarrollo.<sup>22</sup> En ese sentido tres de los ocho ODM conciernen a la salud. Cuando la CUS extiende el acceso a servicios de salud tan necesarios, como la terapia antirretroviral



para VIH o mejorar el tratamiento de la diabetes y otras enfermedades crónicas, se amplía el bienestar y la productividad de las personas, las familias, las comunidades y las naciones. En México, por ejemplo, la expansión de la cobertura de salud aumentó el acceso a la atención prenatal y del parto y contribuyó a un significativo descenso en la mortalidad infantil.<sup>23</sup> Por consiguiente, se proyecta que México llegue a la meta del ODM 4 antes de 2015.<sup>24</sup> \*\*

En este sentido, algunos sostienen que la salud no solo es indispensable para lograr el desarrollo económico, también lo es para el desarrollo sostenible, y la CUS es un medio fundamental para alcanzarlos. Sin embargo, esto debe ir acompañado de medidas que “aseguren que los servicios de salud que las personas necesitan estén disponibles y sean de buena calidad; que los trabajadores de salud necesarios para brindar esos servicios estén bien capacitados, motivados y sean amables; y que los medicamentos y los equipos que necesitan estén disponibles y apropiadamente distribuidos.”<sup>25</sup> Lo expresado sirve para recordarnos que la capacidad y las normas del servicio de salud son también factores decisivos para aumentar la equidad en la salud.

### **La CUS como una cuestión de financiamiento para la atención de la salud**

La cobertura universal de la salud puede ser especialmente beneficiosa para los pacientes de enfermedades crónicas, como VIH, diabetes y enfermedades cardiovasculares y, en particular, para aquellos que son pobres, puesto que los que tienen más dinero y/o están empleados, pueden estar cubiertos por planes de seguros de salud del Gobierno, si son empleados públicos, o por seguros privados si trabajan en el sector privado. En Tailandia, por ejemplo, antes de 2001, había varias formas de sistemas de protección social con pago anticipado y exoneración de tarifas, pero solo llegaban al 70% de la población del país que era pobre, casi pobre o no estaba asegurada. El gobierno

\*\* La mortalidad maternal disminuyó en México de 90.4 por 100,000 nacidos vivos en 1990 a 51.5 en 2010. La mortalidad de niños menores de cinco años bajó de 47.1 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 16.7 en 2010.<sup>31</sup>

tailandés se fijó la meta de dar cobertura de salud a todos los ciudadanos tailandeses y para ello creó un nuevo régimen en el año 2001. Para 2005, la atención hospitalaria para pobres había aumentado en 8–12%.<sup>26,27</sup>

Muchos países de renta baja tienen que luchar con un ingreso nacional insuficiente para asegurar el acceso universal a un paquete básico de servicios de salud, a pesar de que sus gobiernos tienen el compromiso de garantizar atención de la salud para todos. En países como Malí o Etiopía, el total de ingresos públicos recabados a través de impuestos, regalías y otros medios, representa alrededor del 20% de la renta nacional que equivale a US \$60 por persona por año para todos los sectores de desarrollo, como la salud.<sup>21</sup> Cuando se recibe dinero externo para financiar servicios esenciales, pueden presentarse otros desafíos (como la capacidad del gobierno para coordinar en forma efectiva el uso de esos fondos). En numerosos países, el financiamiento de la salud está fragmentado pues proviene de distintas fuentes, como donantes, el Estado y la sociedad civil, lo cual también limita la posibilidad de que la prestación de servicios de salud se haga en forma conjunta. Por ejemplo, un estudio realizado en Zambia, determinó que si se armonizaban las fuentes de financiamiento dentro de un solo marco de trabajo, se fortalecerían los esfuerzos para lograr una mayor cobertura de salud.<sup>28</sup>

Sin embargo, aunque la CUS debe reducir los costos directos de los servicios de salud cubiertos, no debe suponerse que también reemplace automáticamente los costos indirectos, como son la pérdida de ingresos por menor productividad o menos trabajo que hayan tenido las personas que estuvieron enfermas y quienes las atendían. Tampoco mitiga la carga de gastos extrafamiliares, el agotamiento de recursos y la acumulación de deudas por enfermedad y/o costos no cubiertos (por ej. Los costos de transporte). Tampoco protege a los enfermos de la estigmatización y discriminación por mala salud, que podría afectar en forma adversa el acceso al empleo, servicios judiciales y otros servicios sociales. En síntesis, la mala salud tiene potencialmente muchas consecuencias negativas, y la protección financiera mediante la CUS solo encara una de ellas.

Finalmente, tal como se señala en el Informe sobre la salud en el mundo de 2010: “Los fondos comunes nunca podrán cubrir al 100% de la población por el 100% de los costos y el 100% de los servicios necesarios. Los países continuarán teniendo que tomar decisiones duras al elegir cómo hacer el mejor uso posible de estos fondos”.<sup>14</sup>

## La CUS como una cuestión de derechos humanos

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud está consagrado en los principios y normas elementales de los derechos humanos reconocidos internacionalmente y en las constituciones de los países. Los esfuerzos por hacer realidad estos derechos necesariamente van más allá de los bienes y servicios y destacan otros factores sociales determinantes de la salud y cuestiones de discriminación al interior del sistema de salud. Es más, la discusión sobre los derechos humanos incluye la cuestión de la responsabilidad. Para alcanzar la CUS hay que contar con ciertos elementos complementarios y fundamentales, tales como: mecanismos de rendición de cuentas coherentes, que supervisen el cumplimiento de los compromisos con los derechos humanos y la salud, que aseguren una amplia participación de las mujeres y otros grupos marginados; junto con la transparencia y rendición de cuentas en el seguimiento de los recursos. Estos últimos tienen particular importancia por los debates que se vienen dando sobre los mecanismos apropiados de rendición de cuentas y los métodos que deben usarse para monitorear el cumplimiento de los compromisos de desarrollo, teniendo en cuenta las obligaciones con los derechos humanos.

La CUS es el compromiso de que todas las personas tengan acceso a la atención y servicios de salud, sin distinción de género, origen étnico, clase social, religión, orientación sexual, Identidad de género, origen social o cualquier otro factor. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud está consagrado en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>29</sup> y se sustenta en la idea de responsabilidad y rendición de cuentas de parte de los gobiernos y de otros actores, de

que han cumplido con sus obligaciones y han tenido una oportunidad de explicar lo que han hecho y por qué lo hicieron.<sup>30</sup> El pleno disfrute de este derecho depende del derecho a no sufrir discriminación alguna y también depende del grado en que la CUS fomente el acceso a servicios de buena calidad, si se basa en la participación comunitaria y/o la promueve, y si toma en consideración los factores sociales determinantes de la salud en la prestación de servicios. Hay gran variedad de opiniones en todos los sectores sobre lo que debería incluirse en una CUS basada en los derechos, como, por ejemplo, sistemas de salud pública fortalecidos<sup>31</sup>, buena administración, tener en cuenta el género, la generación y la geografía<sup>32</sup>, mecanismos que obliguen al Estado y lo responsabilicen<sup>33</sup>, justicia, acceso equitativo a una atención de buena calidad y a medicamentos esenciales.<sup>34</sup>

La decisión de enmarcar el objetivo como el ‘disfrute del más alto nivel posible de salud’ en la Declaración de Alma Ata de 1978<sup>35</sup> también se sustentó en un debate más extenso sobre los derechos humanos, proveniente de las reacciones a la Segunda Guerra Mundial y que trascendían de lejos el tema de la salud.

Hay otros principios y normas de derechos humanos que pueden ayudar a comprender cómo se traduce el derecho a la salud, a la no discriminación y a todo el conjunto de derechos humanos, en el contexto de la CUS. Esto implica los principios de ejercicio efectivo progresivamente, la no retrogresión y los principios mínimos, que se deben respetar aunque los recursos disponibles sean limitados pues los Estados Partes continúan teniendo el deber de cumplir con sus obligaciones respecto a los derechos humanos – aun cuando hay una distinción entre la aplicación en el corto y en el largo plazo.<sup>36,37</sup> El Comentario General 14, Artículo 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aclara que:

“El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a que uno controle su propia salud y su cuerpo, a la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer interferencias, como en el caso del derecho a no sufrir tortura, a no recibir tratamientos ni

ser sujeto de experimentación médica si estos no han sido consensuados. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud (las cursivas son nuestras).<sup>30</sup> Finalmente, el principio de no retrogresión significa que los Estados Partes no pueden retroceder en el nivel de las obligaciones que ya han cumplido.<sup>37</sup>

### **Evidencias de que la cobertura universal de salud es necesaria pero que no basta para alcanzar los objetivos de salud**

Los países que han avanzado en la implementación de la CUS siguen sin resolver desafíos como las persistentes desigualdades en materia de salud (que tienen que ver con los factores sociales determinantes de salud y/o discriminación) y una inadecuada calidad de servicios (que se deben a la inapropiada infraestructura sanitaria o a la falta de compatibilidad entre las necesidades de atención de salud y el personal que brinda esa atención). Por consiguiente, si bien las políticas de CUS en Brasil, México y Ruanda muestran una creciente utilización de servicios, aún subsisten grandes carencias que hay que superar.

En México, persisten las desigualdades e injusticias en la disponibilidad de recursos de salud, tanto entre los Estados como al interior de cada uno de ellos – y entre zonas rurales versus zonas urbanas – que ocasionan diferentes resultados en el campo de la salud. Por ejemplo, aunque el *Seguro Popular* ha permitido avances en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer del cuello uterino, los avances no son homogéneos en todo el país: las tasas de incidencia y mortalidad siguen siendo más altas en los estados del Sur, que también son los más pobres.<sup>24</sup> Asimismo, en 2012, la tasa de mortalidad en niños menores de un año en el Estado de Nuevo León se estimó en 9.4 por 1,000 nacidos vivos, en comparación con 18.6 en Guerrero. La mortalidad materna en Tlaxcala fue de 27 por 100,000 nacidos vivos mientras que en Oaxaca fue de 99.<sup>24,38</sup>

En Ruanda se observan modelos de inequidad similares. Mientras que el Programa de Seguro de Salud (*Mutual*), basado en la comunidad, ha

aumentado en forma notable la utilización de sus servicios y ha reducido el riesgo de que los beneficiarios incurran en gastos catastróficos, los afiliados del quintil más pobre continúan teniendo índices de utilización significativamente menores y mayores niveles de gasto catastrófico en salud en relación con los quintiles más pudientes.<sup>34</sup> Y en Brasil, a pesar de su sistema sanitario con cobertura universal de salud bien desarrollada, hay disparidades etarias en el acceso a la atención del embarazo para adolescentes y mujeres jóvenes a pesar de que más del 20% de todos los menores de un año en Brasil en 2008 nacieron de madres adolescentes.<sup>39</sup>

El acceso a los servicios no es garantía automática de que estos sean de buena calidad, ni que cumplan con la norma de derechos humanos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales conocida como ‘3AQ’ (atención sanitaria accesible, asequible, aceptable y de calidad). En Tailandia, por ejemplo, se ha puesto en práctica una política de CUS, desde 2002; sin embargo, se considera que los mayores obstáculos para cumplir con el acceso universal son la escasez y la mala distribución de profesionales de salud capacitados.<sup>40</sup>

En Nicaragua se analizó el seguro de salud para los trabajadores del sector informal y se encontró que no se habían logrado los efectos previstos, al menos parcialmente, porque no se corrigió la calidad de la atención en la prestación de servicios.<sup>41</sup> En los lugares del mundo donde escasean los recursos es necesario que la CUS calibre la magnitud de su cobertura para asegurar que los servicios que brinde sean de buena calidad.

### **La CUS es un medio para alcanzar un fin, pero no debe ser un fin en sí misma**

Muchos de los promotores de la CUS la consideran como una etapa que se puede lograr en el camino al objetivo de más largo plazo que es el ejercicio efectivo del derecho a la salud para todos y asegurar vidas saludables. Los cambios en la esperanza de vida y otros indicadores de salud pueden tardar generaciones enteras, en cambio cumplir con metas relacionadas a procesos, como es la CUS, es más alcanzable en un marco de 15 a 20 años que probablemente



sea el plazo que se fije para los nuevos compromisos de desarrollo. Por consiguiente, para muchos de los colectivos de salud y derechos sexuales y reproductivos la CUS puede ser un objetivo táctico que sirva para lograr un objetivo de derechos humanos más amplio. Esto significa que además de la CUS se necesitan medidas complementarias para maximizar los resultados sanitarios, reducir las desigualdades en materia de salud, y acelerar el logro de objetivos de desarrollo más amplios. Esto requiere de dos medidas decisivas: actuar sobre los elementos determinantes sociales de la salud e implementar otros tipos de protección social y legal.<sup>42–45</sup>

Entre los elementos sociales determinantes que están en la base de las desigualdades persistentes y las impulsan, tenemos los niveles y distribución del ingreso, educación, vivienda, nutrición y seguridad que, a su vez, están arraigadas en normas sociales, leyes y políticas y mecanismos de gobernanza. Los elementos sociales determinantes pueden influir directamente en conductas de riesgo tales como sexo no seguro o sexo sin protección, mala alimentación, falta de actividad física y consumo de drogas, tabaco y alcohol. También impiden que las personas, en particular los más vulnerables y los marginados, tengan acceso a servicios de salud, aun cuando esos servicios estén disponibles y sean gratuitos. La legislación punitiva, por ejemplo, sigue impidiendo que grupos de personas, como los pacientes con VIH, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y los trabajadores y trabajadoras sexuales tengan acceso a la terapia antirretroviral, no obstante el notable progreso alcanzado en el mundo al potenciarse el acceso al tratamiento de VIH en 2012.

Hay otras acciones que están fuera del sector salud pero que pueden influir positivamente en las conductas, eliminar barreras de acceso a servicios de salud y, finalmente, mejorar los resultados sanitarios, como por ejemplo: mejoras en las condiciones sociales, vivienda y nutrición, que ya habían logrado un descenso formidable en la prevalencia de tuberculosis en países de mayores ingresos antes que aparecieran medicamentos efectivos contra la TBC.<sup>46–48</sup> Los impuestos al tabaco y las zonas libres de humo – que requieren

una acción multisectorial coordinada – son armas muy potentes para luchar contra las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.<sup>49</sup> Las transferencias monetarias también son potencialmente prometedoras y se basan en acciones multisectoriales. Pueden aumentar la utilización de servicios de salud, influir en conductas de riesgo, mejorar los resultados sanitarios,<sup>50,51</sup> aumentar la fidelidad al tratamiento de VIH y el recojo de los resultados de análisis de VIH.<sup>52,53</sup> Estudios recientes también han hecho notar cómo las transferencias monetarias pueden modificar conductas de riesgo de VIH, especialmente en mujeres jóvenes, lo que a su vez provoca descensos importantes en la prevalencia de VIH o en los indicadores de riesgo de VIH.<sup>54,55</sup>

Además de actuar con los determinantes sociales de la salud, son necesarias medidas sociales y legales que acompañen a la CUS para lograr el acceso equitativo e igualitario a la atención de la salud, que incluye los problemas de salud sexual y reproductiva y el acceso equitativo e igualitario a la cobertura universal de salud. Entre los ejemplos, podemos citar planes de pensión, subsidios para vivienda y normas que protejan el empleo y las condiciones de trabajo.

Suele suceder que algunas normas sociales y culturales, y también leyes y políticas, pongan trabas al acceso a servicios de salud, en vez de facilitarlos, por ejemplo: las leyes que criminalizan las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo (vigentes en 78 países), sexo fuera del matrimonio o el trabajo sexual. Además, hay leyes que impiden el acceso a servicios de aborto seguro, mediante leyes que establecen la edad mínima de libre consentimiento y que impiden que los jóvenes busquen y obtengan información y servicios de salud sexual y reproductiva.<sup>56</sup>

### **Implicancias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos**

En muchos ‘paquetes de servicios esenciales’ es posible que se dejen de lado sistemáticamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, sostenemos que hay tres factores en particular que es necesario atender en el sector salud y fuera de él para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de

las mujeres. Estos factores son: accesibilidad, marcos nacionales de legislación y política, y normas sociales. Efectivamente, TK Sundari Ravindran encuentra que en todos los niveles hay obstáculos sistemáticos relacionados con el género, que hacen que los pagos directos de las mujeres sean sistemáticamente mayores que los pagos de los hombres, debido, en parte, al elevado costo de los servicios prenatales y del parto, y hay trabas para el acceso porque la mujer tiene más limitaciones para movilizarse y acceder a recursos.<sup>57</sup> Finalmente, la escasez de proveedores de servicios de salud de sexo femenino, el horario limitado en que se brindan los servicios y la falta de centros que puedan cuidar a los hijos de las madres que necesitan atención médica también frenan el acceso de las mujeres a los servicios de salud.<sup>58</sup>

Otras formas de discriminación manifiesta son las leyes que les niegan a las mujeres el derecho a consentir tratamientos médicos<sup>59</sup> o les exigen contar con el permiso de sus padres o del esposo para obtener métodos anticonceptivos.<sup>60</sup> Esas leyes y políticas discriminatorias pueden contrarrestar cualquier logro que la CUS pretenda alcanzar. En ese sentido, también algunas leyes y políticas pueden oponerse directamente a los objetivos de salud acordados a nivel mundial. Por ejemplo, en 2008, 98% de los países permitían el aborto para salvar la vida de la mujer, en tanto que solo 28% de los países permitían el aborto a petición. Y aunque el ODM 5a trata de reducir la mortalidad materna, la reducción del 13% de muertes maternas debidas a abortos peligrosos<sup>61</sup> casi nunca se considera como una de las medidas necesarias para lograr esa reducción.

### **La cobertura universal de salud y la agenda para el desarrollo post-2015**

A pesar de los numerosos llamados a la acción y compromisos de la ONU, el avance en salud y derechos sexuales y reproductivos van a la zaga de los otros ODM. Mientras algunos países han eludido cumplir con sus obligaciones de brindar servicios de salud sexual y reproductiva argumentando una oposición política o religiosa, otros simplemente no han cumplido con darle prioridad a las

necesidades y derechos de las mujeres porque tienen normas sociales que subordinan a la mujer. También hay otros países que tienen políticas formalmente escritas pero les asignan tan pocos recursos que no se pueden llevar a la práctica. Lamentablemente los ODM carecen del lenguaje y los marcos específicos para enfrentar muchos de los temas sensibles y delicados que son parte de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los que atañen a la sexualidad y al género. En la Cumbre Mundial de 2005 se reconoció este vacío cuando los líderes del mundo admitieron que al excluir los objetivos y los indicadores relativos a la salud sexual y reproductiva se estaba frenando el progreso, no solo en salud materna sino en combatir el VIH, mejorar la igualdad entre los géneros, la supervivencia infantil y la reducción de la pobreza.<sup>62</sup>

En este orden de ideas hay un avance prometedor, especialmente en el fortalecimiento de la rendición de cuentas a nivel de cada país, en el contexto del ODM 5. Se trata de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. El marco de trabajo de la comisión contempla indicadores de resultados y recursos, así como un plan de acción para mejorar la información sanitaria.<sup>63</sup> Sin embargo, las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres siguen siendo casi invisibles.

Es indispensable integrar la salud en la Agenda para el Desarrollo post-2015, no solo para lograr el derecho a la salud, sino para alcanzar además la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A partir de las evidencias mostradas concluimos en que la CUS debe considerarse un medio para el logro de objetivos de salud y desarrollo más amplios. Por ello, sería mejor que el objetivo de salud se enmarcara en la agenda de desarrollo sostenible post-2015 y así alcanzar el más alto nivel posible de salud o maximizar las vidas saludables. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) en sus consultas temáticas mundiales sobre la salud y el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes que asesora al Secretario General de la ONU han propuesto un objetivo general de esa naturaleza. Los beneficios que acarrearía son evidentes: se continuaría enfocando el objetivo

final de maximizar la salud asegurando al mismo tiempo un enfoque equitativo con perspectiva de derechos, para fortalecer los sistemas de salud y para que haya servicios de salud de buena calidad. Un enfoque de este tipo para la salud realmente sería transformador.

## Agradecimientos

Los autores desean manifestar su profundo agradecimiento a Tenu Avafia, Mandeep Dhaliwal, Vivek Divan, Kate Lifanda, Brian Lutz, Deena Patel, Roy Small y Mami Yoshimura por sus comentarios reflexivos y sumamente útiles sobre nuestro tema y sobre este artículo.

## Referencias

- United Nations. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. New York: UN; May 2013.
- World Health Organization. What is universal health coverage? 2012 October. [http://www.who.int/features/qa/universal\\_health\\_coverage/en/index.html](http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html).
- United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. 22nd session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14. Geneva, April-May 2000. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).
- Chan Margaret. Launch of the 2013 World Health Report, 15 August 2013. [http://www.who.int/dg/speeches/2013/whr\\_20130815/en/index.html](http://www.who.int/dg/speeches/2013/whr_20130815/en/index.html).
- United Nations. General Assembly Resolution: Future we want. July 2013. A/RES/66/288. [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/288](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/288).
- United Nations. General Assembly resolution: Global health and foreign policy. December 2012. A/67/L.36. [http://www.un.org/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E).
- United Nations. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the post-2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development. 2013. [http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP\\_P2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf).
- International Labour Organization. Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: ILO, 2008. <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>.
- World Health Organization. World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. 2010. [http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf).
- Gwatkin D, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 2011;377(9784):2160–61.
- Sen G. Presentation at: ICPD Beyond 2014: Expert Meeting on Women's Health: Rights, Empowerment and Social Determinants, Mexico City, October 2013.
- International Labour Office. World social security report: Providing coverage in times of crisis and beyond. [Table 27, p.267; Table 29, p.275]. Geneva: ILO; 2010–2011. <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/wssr.pdf>.
- Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: World Bank; 1.
- See for example: Kongsri S, Limwattananon S, Sirilak S, et al. Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national reproductive health survey data, 2006 and 2009. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):86–97.
- Fan V, Ferranti D, Savedoff W, et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012;380:924–32.
- McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health* 2013;16(1/Suppl):S39–S45.
- Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet* 2012;9845:944–47.
- World Health Organization.

- World Health Report: Research for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2013. p.xii.
19. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T, et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:972–83.
  20. King G, Gakidou E, Imai K, et al. Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009;373(9673):1447–54.
  21. World Bank. Historic goals to end extreme poverty endorsed by World Bank governors. 20 April 2013. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/04/20/historic-goals-to-end-extreme-poverty-endorsed-by-world-bank-governors>.
  22. World Health Organization. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO; 2001.
  23. UN Development Programme. Universal health coverage in the post-2015 development agenda. New York: UNDP; September 2013. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/universal-healthcoverage-in-the-post-2015-development-agenda/>.
  24. Knaul FM, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012;380(9849):1259–79.
  25. Evans D, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2012;380(9845):864–65.
  26. Sakunphanit T. Thailand: universal health care coverage through pluralistic approaches. ILO Subregional Office for East Asia; 2008.
  27. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet* 2012;380(9845):917–23.
  28. Lu C, Chin B, Lewandowski J, et al. Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years. *PLoS One* 2012;7(6):e39282. <http://www.plosone.org/article/doi/10.1371/journal.pone.0039282&representation=PDF>.
  29. United Nations Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1996. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
  30. Potts H. Accountability and the right to the highest available standard of health. University of Essex. [http://www.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/research/rth/docs/HRC\\_Accountability\\_Mar08.pdf](http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf).
  31. People's Health Movement. Statement to the 66th session, World Health Assembly. May 2013. <http://www.phmovement.org/en/node/7600>.
  32. Greene ME, Robles OJ, Trasi R, et al. 4Gs in Universal Health Coverage: addressing governance, gender, generation, and geography to achieve UHC. Paper presented at Second Global Symposium on Health Systems Research, satellite session, 31 October 2012.
  33. Amnesty International Ireland. Guaranteeing the universal in universal healthcare – delivering on the right to health in Ireland. 2012. <http://www.amnesty.ie/sites/default/files/file/Healthcare%20Guaranteed/Conference%20Report,%20Guaranteeing%20the%20Universal%20in%20Universal%20Healthcare,%202012.pdf>.
  34. Management Science for Health. Recommendations on post-2015 development goals: universal health coverage with key provisions for equity and measurable targets to improve health and deliver effective and sustainable solutions. December 2012. <http://www.msh.org/news-events/press-room/msh-recommendations-on-post-2015-development-goals-universalhealth-coverage>.
  35. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO; September 1978, p.6–12.
  36. UN Enable. International norms and standards relating to disability. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations; 2003–2004. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/comp210.htm>.
  37. Balakrishnan R, Elson D. Economic policy and human rights: Holding Governments to Account. London: Zed Press; 2011.
  38. Bonilla-Chacin M, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington D.C. 2013. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/mexican-social-protectionssystem-health>.
  39. Victora CG, Aquino E, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011;377:1863–76.
  40. Evans T, Chowdhury A, Evans D, et al. Thailand's universal coverage scheme: achievements

- and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001–2010). Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2012. <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/book018.pdf>.
41. Thornton RL, Hatt LE, Field EM, et al. Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: A randomized evaluation. *Health Economics* 2010;19(Suppl 1):S181–S206.
  42. Marmot M, Banks J, Oldfield Z, et al. Disease and disadvantage in the United States and in England. *Journal of American Medical Association* 2006;295(17):2037–45.
  43. World Health Organization. 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: WHO; 2008.
  44. Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of American Medical Association* 2006;295(11):1304–07.
  45. University College London. Research Department of Epidemiology and Public Health. Whitehall Study II, 2013. <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII>.
  46. See, for example: McKeown T, Record RG. Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population Studies* 1962;16:94–122.
  47. Puranen B. Tuberculosis and the decline in mortality in Sweden. In: Schofield R, Reher D, Bideau A, editors. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press; 1990. p.97–117.
  48. Wilson LG. The historical decline of tuberculosis in Europe and America. *Journal of History of Medicine and Allied Science* 1990;48:366–96.
  49. Eriksen M, Mackat J, Ross H. *The Tobacco Atlas*, Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; NY, NY: World Lung Foundation; 2012.
  50. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Journal of American Medical Association* 2007;298(16):1900–10.
  51. Department for International Development. *Cash Transfers: Literature Review*. London: Policy Division, DFID; 2011.
  52. Emenyonu N, Thirumurthy H, Muyindike W. Cash transfers to cover clinic transportation costs improve adherence and retention in care in a HIV treatment program in rural Uganda. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 16–19 February, 2010.
  53. Thornton R. The demand for learning HIV status and the impact on sexual behavior: evidence from a field experiment. *American Economic Review* 2008;98(5):1829–63.
  54. Özler B, Garfein RS, McIntosh CT, et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet* 2012;379(9823):1320–29.
  55. Bjorkman-Nyqvist M, Corno L, de Walque D, et al. Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: a randomized trial. Abstract from tupdc0106 - poster discussion session, IAS, Kuala Lumpur, Malaysia: 2013.
  56. Galli B. Why addressing unsafe abortion is central to the post-2015 UN development agenda. *World We Want*; 2012. <http://www.worldwewant2015.org/fr/node/287486>.
  57. Ravindran TKS. Universal access: making health systems work for women. *BMC Public Health* 2012;12(Suppl 1):S4.
  58. World Health Organization. *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Economies and Societies (Africa Progress Panel Policy Brief)*. Geneva: WHO; 2010.
  59. Gay J, Croce-Galis M, Hardee K, et al. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2nd ed. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2012. [www.whatworksforwomen.org](http://www.whatworksforwomen.org).
  60. Temin M, Levine R. *Start with a Girl: A New Agenda for Global Development*. Washington, DC: Center for Global Development; 2009.
  61. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva: WHO; 2011. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf).
  62. International Planned Parenthood Federation. Submission to the WHO consultation, Health in the Post-2015 Development Agenda. Framing the future health goal: How does health fit in the post-2015 development agenda. 2012.
  63. World Health Organization. *Accountability for women's and children's health*. Geneva: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, WHO; 2013. [http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/about/coia/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/).