

Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud

Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”

Universal Healthcare Program -CUS- vs. The right to Healthcare

An Ethical and Political Analysis about what “Universal” Healthcare is in “Conservative Restoration Times”

María Graciela de Ortúzar | ORCID: orcid.org/0000-0002-4566-4535
graceortuzar@hotmail.com

Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas
Argentina

Recibido: 30/06/2018

Aceptado: 05/09/2018

Resumen

El objetivo del trabajo es el análisis crítico de la **Cobertura Universal de Salud -CUS-** impuesta por el actual gobierno argentino bajo el Decreto de Necesidad de Urgencia 908/2016. Nuestra hipótesis general gira en torno a mostrar cómo las políticas neoconservadoras, que se esconden bajo el discurso universalista de la CUS, hacen uso del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado. Esto es, no sólo usan al mismo Estado -criticado por estas políticas como ineficiente-; sino que dejan en peligro al mismo derecho a la salud que dicen proteger. A través del análisis ético y político de la filosofía subyacente a la CUS, estudiaremos: (I) sus finalidades y el modelo sanitario propuesto; (II) sus métodos de apropiación de conceptos populares igualitarios para perseguir efectos neutralizadores, al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial (De la Atención Primaria Salud -APS- Integral a la APS selectiva). Por último (III), mostraremos cómo la CUS, lejos de favorecer el derecho a la salud priorizando la medicina preventiva y la Evaluación Integral de Determinantes Sociales, desplaza esta prioridad de nuestra sociedad por la extrapolada Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la modernización informática sanitaria propia de sociedades desarrolladas.

Palabras clave: Equidad en salud; Cobertura universal a la salud; Eficiencia; Modernización informática sanitaria, Historias clínicas electrónicas.

Abstract

The objective of this paper is a critical analysis of the **Cobertura Universal de Salud** -a Universal Healthcare Program in Argentina- (CUS, in its Spanish acronym). My general hypothesis revolves around demonstrating how neoconservative policies, which hide behind by a CUS universalist discourse, make use of State power in order to transfer public funds to the private sector. In other words, not only do they use the State -which is criticised as being inefficient for these policies- but they also endanger the right to healthcare that they claim they protect. Through an ethical and political analysis of the philosophy behind the CUS, I will explore: (I) its purposes and the model of healthcare proposed. (II) How it appropriates popular egalitarian concepts in order to pursue neutralising effects, as it did before the World Bank (from Integral Primary Healthcare to Selective Primary Healthcare). Finally (III) I will show how the CUS does not favour the right to healthcare by prioritising preventative medicine and the integral evaluation of social determinants. Rather, it displaces this priority in our society for an extrapolated Health Technology Assessment and modernised Health Informatics, characteristic of developed societies.

Keywords: Health equality; Universal healthcare; Efficiency; Modernisation of Health Informatics; Electronic Health Records

El “derecho universal a la salud” en cuestión

Desde el reconocimiento institucional de los derechos humanos luego de la Segunda Guerra Mundial¹; los Organismos Internacionales y los Estados Nacionales se comprometieron a proteger los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El camino emprendido obliga a los Estados partes a promover la dignidad humana en toda su diversidad, garantizando el ejercicio efectivo de éstos derechos. Entre los DESC se encuentra el derecho a la salud, reconocido como derecho humano internacional en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas; e incorporado en nuestra Constitución Nacional Argentina en 1994².

El derecho a la salud, tema central del presente trabajo, constituye el derecho universal de las personas a acceder igualitariamente a la atención de su salud; en base a sus necesidades y respetando sus creencias, con el fin de proteger su dignidad humana y favorecer su capacidad de libre elección de plan de vida.

En nuestro país, Argentina, rige un sistema mixto de salud (sector público, sector privado y obras sociales), siendo los hospitales (públicos) el emblema tradicional de atención igualitaria. Estos han cobijado históricamente a todas las personas que requerían atención sanitaria, y muy especialmente a aquellas que no gozaban de obra social o posibilidades de pago en el mercado (seguro privado). La justificación del citado acceso igualitario parte de la premisa que considera a la salud como un bien público y no como un bien comercial. En el momento presente dicho acceso igualitario a la atención de la salud se encuentra -nuevamente- cuestionado. Se critica al Estado y al sistema de salud por burocrático e ineficiente. Al mismo tiempo que el gobierno propone como nueva estrategia la **Cobertura Universal de Salud** -CUS-, pone en peligro a los hospitales públicos y al sistema de salud en pleno³.

¹ Los derechos humanos han sido contemplados en diversas Declaraciones, cito: *Declaración Universal de Derechos Humanos* (ONU, 1948); *Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre* (OEA); *Convención Americana de Derechos Humanos, Pacto de José de Costa Rica* (OEA); *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Protocolo de San Salvador* (OEA, 1988); *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, (ONU, 1966).

² A nivel nacional, nuestro país incorpora el derecho a la salud en su Constitución Nacional (Art. 75°, inc. 22); en las Leyes Básicas de salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99), como así también en el Plan Médico Obligatorio de Emergencia.

³ Ejemplo de ello es lo que ocurre con el Hospital Modelo El Cruce, en la provincia de Buenos Aires, donde el ajuste presupuestario planteado es de 42,9%. Se trata de un Hospital de

Para el estudio del citado problema he elegido investigar la citada CUS, impuesta por Decreto de Necesidad de Urgencia 908/2016, y firmada a la fecha por doce provincias argentinas. A través del análisis crítico de este documento, e indagando sobre la filosofía subyacente al programa, busco desenmascarar el discurso utilizado para justificar políticas públicas sanitarias, mostrando cómo estas políticas persiguen objetivos contrarios a los declarados. Mi hipótesis general gira en torno a evidenciar cómo las políticas neoconservadoras, que se esconden bajo el discurso universalista de la CUS, hacen uso del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado de salud. Al mismo tiempo que enarbolan la bandera del “derecho universal a la salud” desmantelan hospitales públicos a través de políticas de ajuste; instalando -bajo el discurso de la modernización- un extrapolado modelo de *e-gobernanza en salud* (HCE; ETS) que no responde a nuestras prioridades sanitarias ni favorece a la igualdad en salud, beneficiando principalmente al sector privado.

En aras de obtener mayor claridad sobre los pasos de la presente investigación, dividiré el trabajo en tres partes generales. En la primera parte analizaré las principales finalidades de la CUS formuladas en el citado Decreto, explicitando el modelo sanitario subyacente a la propuesta. Aquí me detendré a analizar por qué en un contexto de emergencia se propone: (I.1) Identificación, nominalización y documentación (*electrónica*) de beneficiarios de la **Cobertura Universal de Salud**; (I.2) Fortalecimiento y *modernización* del sector público de salud; (I.3) Desarrollo, *equipamiento y puesta en valor de efectores* públicos de salud (el subrayado es mío).

En segundo lugar (II), mostraré las razones por las cuáles la CUS es solo un discurso políticamente correcto que encubre finalidades políticas contrarias al ejercicio del derecho universal a la salud. En este proceso, dejaré al descubierto por qué la *eficiencia, y no la equidad*, es el valor central de la CUS. Posteriormente, evidenciaré cómo el enmascaramiento de estas políticas neoconservadoras es posible gracias a la apropiación y redefinición

Alta Complejidad, con personal de excelencia e investigadores del CONICET en áreas innovadoras como la Neurociencia, con desarrollo conjunto de *Asistencia Médica Integral* -AMIA- que asiste a pacientes de PAMI; peligrando su continuidad por no renovación de contratos, reducción de personal, no renovación de alquileres de espacios, ajuste del presupuesto general.

de conceptos populares; al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial (De la Atención Primaria de la Salud -APS- Integral a la APS Selectiva); y por la ambigüedad en el uso de conceptos (II.3.).

Por último, en tercer lugar (III), esbozaré los argumentos por los cuáles la CUS desplaza la prioridad de la medicina preventiva y la Evaluación

del Impacto en Salud de los Determinantes sociales (EISDS) por la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) y la modernización informática en salud (Credenciales electrónicas -CE-; Historias Clínicas Electrónicas -HCE-), no respondiendo las últimas (ETS y HCE) a las prioridades y urgencias propias de un contexto de emergencia sanitaria.

I. Cobertura Universal de Salud -CUS- (2016)

En el marco de la ley de emergencia sanitaria en Argentina⁴, a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 908/2016), el Presidente Macri y sus Ministros, aprueban el modelo de **Cobertura Universal de Salud** -CUS- presentándolo como una estrategia para garantizar el acceso universal a la salud. Al respecto, la pregunta básica que considero oportuno plantear es, justamente, si no existía ya la cobertura universal de salud en Argentina. Como he anticipado, nuestro sistema de salud promueve, históricamente, el acceso igualitario a la salud en los hospitales públicos. Por otra parte, desde 1994 nuestra Constitución Nacional contempla el derecho a la salud en forma explícita; desarrollándose programas para garantizar el mismo⁵. ¿En qué consiste, entonces, lo novedoso de la CUS? ¿Qué nueva estrategia de acceso universal a la salud se propone?

Antes de comenzar el análisis de la citada estrategia; es importante señalar que el acceso al contenido de la CUS es dificultoso y enigmático, debido a que no se ha formulado, justificado, ni publicado un programa completo de Cobertura Universal a la Salud. Este no ha sido desarrollado en el Decreto que le dio origen (908/2016); ni posteriormente en su supuesta reglamentación. En el Art. 4º se aclara que el *funcionamiento [del CUS] será oportunamente fijado por la reglamentación que al efecto se dicte*. Sobre la misma no he encontrado documentación alguna. Acerca de sus objetivos, las referencias a los mismos en el citado Decreto nos remiten, en el Art. 3, al Anexo I, donde estarían planteadas sus finalidades, cito⁶:

Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud.

** Mejoramiento de las determinantes sociales de salud.

⁴ Que el Congreso Nacional, a través de la Ley N° 27.200 -dictada el 28 de octubre de 2015- ha prorrogado hasta el 31 de diciembre de 2017 el estado de emergencia sanitaria determinado por la Ley N° 26.204 y sucesivamente prorrogado por las Leyes Nros. 26.339, 26.456, 26.563, 26.729 y 26.896

⁵ Leyes Básicas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99); Plan Médico Obligatorio de Emergencia, Argentina.

⁶ La cursiva y los asteriscos son míos.

Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud.

Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

*Acciones de Atención Primaria de la Salud.

Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud.

Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Fortalecimiento de los recursos humanos en salud.

**Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva.

El análisis de dichas finalidades nos lleva a separar las mismas en tres grupos. En primer lugar, he puesto en cursiva lo que considero “original” de esta estrategia, reagrupadas más abajo en tres objetivos principales (I.1-I.3). En segundo lugar, he marcado con un asterisco (*) las estrategias “legitimadoras” de la CUS basadas en la apropiación de conceptos que remiten a programas igualitarios formulados en épocas anteriores, y sobre los cuáles volveré más adelante (II). En tercer lugar, los dos asteriscos (**) corresponden a las políticas de salud basadas en los “determinantes sociales” que, si bien son mencionadas, no son priorizadas por la CUS.

En pos de desmenuzar el nudo de la propuesta, seguidamente estudiaremos los objetivos resaltados como finalidad “original” de la CUS:

I.1.- Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud

I.2.- Fortalecimiento y modernización del sector público de salud.

I.3.- Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud. Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Comencemos entonces a analizar cada uno de ellos.

I.1. Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la CUS

Este objetivo se presenta como prioritario en el programa. Consiste en la identificación de beneficiarios a través de supuestas credenciales electrónicas. Se trata de pensar la salud desde un sistema moderno de *e-gobernanza* en salud; modelo implementado, desde hace ya varias décadas, en sociedades desarrolladas. Se argumenta que la modernización informática en salud, y, más específicamente, el uso de las credenciales electrónicas y, con ellas, de las Historias Clínicas Electrónicas; respondería a la necesidad de identificar qué “usuario” posee obra social. Esto permitiría facilitar la reasignación del reparto de las facturaciones y disponer de nuevos lugares de atención, distintos de los hospitales públicos. En este sentido, no se desprende de lo anterior que las credenciales garanticen prestaciones igualitarias.

Con el fin de profundizar la comprensión del sistema de *e-gobernanza* en salud, trasfondo de esta propuesta, es importante comenzar a definir algunos términos básicos. Esclareceremos, en primer lugar, qué significa *gobernanza en salud*, para avanzar luego en el modelo *e-gobernanza en salud*. Posteriormente, en (I.2) será necesario remitirnos a la historia del término *gobernanza* para comprender por qué se plantea la modernización del sector público de salud en el actual contexto político y social.

A nivel general, la *gobernanza en salud* -según explica Mayntz (2001 y 2006)- es la transformación de un sistema de control jerárquico tradicional a un modelo horizontal de toma de decisiones compartidas. Como he planteado en trabajos anteriores (Ortúzar, 2015; 2014), este modelo se presenta como una nueva forma de hacer política, en la que participan -además del Estado- una pluralidad de actores e instituciones, públicas y privadas, en la toma de decisiones en salud. Se define como un sistema de decisiones compartidas en políticas de salud.

A nivel más específico, la *e-gobernanza en salud* es la aplicación de las TIC -Tecnologías de Información y Comunicaciones- al sistema de gobernanza en salud. Se distingue entre la e-salud (sistemas electrónicos de información general al paciente; páginas web interactivas bajo control de calidad; seguimiento a distancia de pacientes con enfermedades crónicas, entre otros); y la telesalud (teleeducación -educación online de profesionales-; y telemedicina -atención y tratamiento terapéutico a distancia y en red-, para lo cual se utilizan las Historias Clínicas Electrónicas). Los modelos de *e-gobernanza* suponen condiciones previas de igualdad social, al centrarse en un ciudadano activo, informado y sofisticado (Tsaganourious, 1998; Jovell, 2007); como también suponen la superación de las brechas digitales en la sociedad (Ortúzar, 2016).

Por otra parte, la *e-gobernanza* en salud refuerza la exclusiva responsabilidad del individuo por su salud -malos hábitos, estilos de vida o decisiones equivocadas-. En consecuencia, se ignora la responsabilidad social del Estado de intervenir en los problemas de salud que sufren las personas a partir de desventajas naturales y sociales. Dichos problemas se originan en un determinado modelo productivo y contexto social que genera relaciones familiares y sociales débiles, incidiendo negativamente en la salud y en las posibilidades de elección de las personas (Ortúzar, 2016).

Retomando el tema de **Historias Clínicas Electrónicas** -en adelante HCE-, el uso de éstas es propio de las sociedades desarrolladas donde las necesidades de salud son, claramente, diferentes a las nuestras. En dichas sociedades la igualdad social no es un problema acuciante, gozando del grado de desarrollo tecnológico apropiado para la informatización del sistema de salud. En nuestro país las HCE, amparadas en la supuesta necesidad de la modernización informática del sistema de salud, sólo abren el juego al mercado; siendo el interés prioritario el económico -es decir, garantizar la facturación de servicios eficientes y de calidad-. Queda claro que la informatización del sistema de salud no busca beneficiar a los que más necesitan del acceso igualitario la atención de la salud (a modo de ejemplo remito a la paradoja de la e-salud en I.2). ¿Cómo justificar, entonces, un modelo de *e-gobernanza* en salud en un contexto de creciente desigualdad y marginación social? Al parecer, no se trata de justificar, sino de imponer este sistema extrapolado de sociedades modernas. El proceso de transformación y modernización del sistema de salud beneficia a los intereses sectoriales y privados; pero no beneficia directamente a las personas vulnerables. Por lo tanto, lo que se encuentra en riesgo no es otra cosa que el mismo derecho a la salud, su universalidad, ante la imposibilidad de ejercerlo por las personas que más necesitan acceder a la atención de la salud.

La CUS no ha sido justificada como estrategia de salud para nuestra realidad social. Simplemente, se ha evitado debatirla en consulta legislativa; imponiéndose, en el contexto de la ley de emergencia, a través del citado decreto de necesidad de urgencia. Cito:

Que la crítica situación del sector, evidencia una circunstancia extraordinaria que hace imposible seguir los trámites de rigor previstos por la Constitución Nacional para la sanción de las leyes

Que el trámite legislativo importaría una significativa demora que obstaría al cumplimiento efectivo de los objetivos perseguidos en la presente medida, y es entonces del caso, recurrir al remedio constitucional establecido en el inciso 3 del artículo 99° de la

Constitución Nacional, en el marco del uso de las facultades regladas en la Ley N° 26.122. (Decreto 908/2016)

En síntesis, la extrapolación de sistemas de *e-gobernanza en salud* es altamente cuestionable en sociedades caracterizadas por la desigualdad social; por el no acceso al derecho a la información y por la carencia de alfabetización digital; por las fuertes asimetrías de poder; por la existencia de brechas digitales y sociales⁷.

I.2. Fortalecimiento y modernización del sector público de salud

La modernización del Estado nos remonta, nuevamente, al examen histórico de la gobernanza. Dicho concepto surge en plena época de crítica del Estado de Bienestar en Europa; cuando éste era juzgado como ineficaz en su desempeño ante la demanda social; exigiéndose *su eficiencia y su modernización*. Se cuestionaba la calidad y la eficacia de respuesta del Estado en las sociedades democráticas europeas. A pesar de su inaplicabilidad a nuestra región, esta crítica al Estado fue extrapolada a América Latina en la década del 80 (Camou, 2000). Constituyó el antecedente clave para la posterior implementación de políticas de ajustes en nuestra región (Banco Mundial, 1993), con incidencia negativa en la salud pública (Ortúzar, 2017).

En el momento presente (2016-2018) el mismo discurso modernizante es retomado como eje del programa de la CUS (2. *Fortalecimiento y modernización del sector público de salud*). La modernización informática del sector salud, así planteada, constituye una de las banderas principales en pos del desmantelamiento del poder público del Estado, y la transferencia del mismo al sector privado. Lejos de brindar mayores recursos para la atención hospitalaria de las personas sin obra social, se habilita y financia la participación del sector privado a través de la contratación de servicios en el sistema de salud. Al mismo tiempo que se presenta como un elemento para mejorar la calidad de atención, permite que los gestores sanitarios y los grupos empresariales que detentan el poder tomen las supuestas decisiones *compartidas* (Ortúzar, 2017). De acuerdo a la CUS; *la autoridad pública afirma su papel de conducción general del Sistema y las sociedades intermedias consolidan su participación en la gestión directa de las acciones* (Decreto 908/2016). Aquí, el peso del poder dependerá de los intereses en juego; y como éstos son explícitamente financieros y monetarios, el rol social del Estado ha quedado relegado por su uso

⁷ Sobre este tema, por razones de espacio, remito a trabajos anteriores de mi persona para su ampliación (Ortúzar, 2015; 2014).

instrumental.

Si realmente queremos garantizar la igualdad y la cobertura universal de la salud a través de la modernización informática en salud, entonces debemos tener en claro que dicha inversión por parte del Estado (en Historias Clínicas Electrónicas -HCE- y redes integrales de telemedicina) se justifica, en sociedades no igualitarias y en un contexto de emergencia sanitaria como el nuestro, sólo para zonas aisladas (Ortúzar, 2012). En estas regiones la telemedicina constituye uno de los sistemas centrales para reforzar el acceso a la atención de la salud (telesalud-interconsultas) y el acceso a la educación continua de los profesionales de salud (teleeducación). No obstante, en nuestro país, las Redes Integrales de Telemedicina y de e-salud se centran en las provincias y en las ciudades más ricas del país (Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe), siendo en su mayoría reguladas por Hospitales y Centros Privados de Alta Complejidad. La paradoja de la e-salud radica en el hecho de que las poblaciones que más se beneficiarían con la telemedicina (debido a las necesidades determinadas por el aislamiento geográfico y condiciones climáticas) no acceden a la misma por falta de redes e infraestructura. En su lugar, el sector privado y las sociedades intermediarias son las que hacen uso de esta tecnología, lucrando con el negocio desatado por la informatización de la salud.

I.3. Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud

El valor clave enunciado en el cuerpo del Programa de CUS no es la igualdad, sino la eficiencia. El segundo valor es la calidad. Para alcanzar la eficiencia y la calidad en salud el camino elegido por el gobierno es la modernización informática y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Esto explica por qué, en un contexto de recesión y marginación social⁸, se aprueba un programa que permite disponer de grandes sumas de fondos públicos, provenientes del Fondo Solidario de Redistribución (ocho millones de pesos)⁹, para financiar la estrategia CUS. Cito:

Que en los últimos años se fue acumulando en el fondo solidario de redistribución una significativa reserva de capital disponible

⁸ Recesión producto de las políticas de ajuste impulsadas desde el mismo Estado y, ahora también, desde el Fondo Monetario Internacional

⁹ Establécese un régimen excepcional de distribución de los recursos acumulados al 28 de julio de 2016 en el Fondo Solidario de Redistribución, que no fueran oportunamente aplicados conforme la normativa vigente, deducido el mon única vez, de los recursos del fondo solidario de redistribución la suma de pesos ocho mil millones (\$8.000.000.000) con destino a la financiación de la estrategia de cobertura (Art. 2)

-originado en la administración de programas especiales- como consecuencia de la inobservancia de las disposiciones legales vigentes en la materia. Que corresponde proceder en forma inmediata a la asignación de dichos recursos a través de un régimen excepcional, [...] la Superintendencia de Servicios de Salud constituirá un fideicomiso [...] con el objeto de financiar la estrategia de Cobertura Universal de Salud (CUS) **cuyo funcionamiento será oportunamente fijado por la reglamentación que al efecto se dicte.** (Art. 4º, la negrita es mía)

Asimismo, en el Art. 6º se dispone de la creación de un *Fondo de emergencia* para financiar a las obras sociales. Cito:

Dispónese la afectación, por única vez, de los recursos del fondo solidario de redistribución la suma de pesos cuatro mil quinientos millones (\$ 4.500.000.000) con destino a la conformación del fondo de emergencia y asistencia de los agentes del seguro de salud descriptos en el artículo 1º de la ley n° 23.660 y sus modificatorios... los fondos serán destinados a los objetivos y finalidades indicados en el anexo II del presente decreto (la negrita es mía).

“Anexo II”

Asistencia financiera a **obras sociales** ante situaciones de Epidemias y o Emergencias en el ámbito del territorio nacional.

Asistencia financiera a **obras sociales** que desarrollen programas de prevención aprobados por la Superintendencia de servicios de Salud.

Apoyo financiero a las **obras sociales** para la adquisición y/o remodelación de efectores propios.

Asistencia financiera para la **adquisición de equipamiento tecnológico para efectores propios** de la seguridad social.

Asistencia financiera para programas de fortalecimiento institucional de las **obras sociales**.

Apoyo financiero para programas de modernización institucional en el campo informático.

Lo importante, resaltado anteriormente en negrita, es explicitar que lo que se financia -bajo el rubro de inversiones del “fondo de emergencia”- son los programas de *modernización institucional en el campo informático, el equipamiento tecnológico, remodelación de efectores propios de las obras sociales*, entre otros. Pero, pensar en la universalidad

en el marco de la cobertura en salud debería equivaler a pensar cómo incluir a los excluidos, es decir a la población que no posee obra social ni seguro privado. Sin embargo, aquí se piensa en cómo financiar a las obras sociales y sectores privados, mejorando la eficiencia tecnológica del sistema. Simultáneamente, las políticas de ajuste, emanadas del mismo gobierno, llevan a cabo la destrucción del hospital público donde recibían cobertura universal los excluidos. El privilegio de los intereses financieros y especulativos es tal que, a pesar del contexto de emergencia sanitaria; la CUS dispone (Art. 7º) de una gran suma de dinero (\$14.267.913.875) para suscribir Bonos a valor de mercado con objeto de financiamiento de situaciones de excepción, cito:

Dispónese que por el saldo remanente, que a la fecha indicada en el artículo 1º del presente asciende a la suma de pesos catorce mil doscientos sesenta y siete millones novecientos trece mil ochocientos setenta y cinco con noventa y seis centavos (\$14.267.913.875,96), se deberán suscribir a valor de mercado “Bonos de la nación argentina en pesos 2020”, a cuyos fines se faculta al órgano responsable de la coordinación de los sistemas que integran la administración financiera del sector público nacional a emitir con cargo al presente decreto los títulos correspondientes. Dichos bonos permanecerán hasta su total amortización en custodia del Banco de la Nación Argentina, en una cuenta a nombre de la superintendencia de servicios de salud.

Art. 8º- Determinase que los intereses que resulten de los bonos a que se refiere el artículo 7º del presente, pagaderos trimestralmente en las fechas establecidas en su emisión, serán liquidados a favor de la superintendencia de servicios de salud e integrados al fondo solidario de redistribución.

Una vez más, en un contexto de emergencia sanitaria y ajuste en los Hospitales Públicos, la CUS invierte en el Banco Nación fondos públicos de Salud emitiendo Bonos para eventuales situaciones de excepción, utilizando los intereses de los mismos para la modernización informática en salud. Este esquema monetario especulativo es propio de la filosofía neoconservadora, quien hace uso del Estado para acrecentar, a través de fondos públicos, inversiones privadas. Aquí, no se busca invertir en producción nacional de medicamentos para proteger este bien público, o crear un seguro universal de salud y/o de medicamentos para que todos ejerzan el derecho a la salud. Menos se trata de discutir la racionalidad o no de los laboratorios y grandes prestadores que gozan de una impunidad histórica, como

queda evidenciado ante la falta de regulación de los mismos y la flexibilización de licencias y patentes. El Estado se ha convertido en un instrumento que permite transferir poder al sector privado en pos de que este sistema público-privado sea *más eficiente y de calidad*. Claramente, este sistema no será para todos y no se desarrollará desde los hospitales públicos.

La equidad queda fuera de esta estrategia, aun cuando se usa contradictoriamente el término *cobertura universal* para legitimar la misma y permitir la libre disponibilidad de fondos públicos en pos de garantizar la facturación de prestaciones de salud de alta calidad y la imprescindible informatización del sistema sanitario en emergencia.

II. El discurso políticamente correcto de la “Cobertura universal” encubre finalidades políticas contrarias al ejercicio del derecho universal a la salud

En esta segunda parte, analizaré el discurso de la cobertura universal; estudiando la constante apelación de la CUS de los siguientes conceptos: *atención primaria de la salud -APS-, atención integral, salud integral, derecho a la salud, entre otros*. Estos puntos remiten a programas históricos de salud en Argentina; cuando el Banco Mundial se apropió de conceptos populares para aplicar un programa que, lejos de ser universalista, mostró ser un programa selectivo y, en consecuencia, generó estigmatización social en los servicios sanitarios (De la APS integral a la APS selectiva).

II.1. Cobertura universal: ¿eficiencia o equidad?

A pesar de apelar a la cobertura universal como estrategia central, la equidad es puesta en un segundo plano desde en el inicio del programa CUS. El valor prioritario es la eficiencia, explicitado en una parte central del citado Decreto de Necesidad y de Urgencia por el cual se aprueba la estrategia de salud, cito:

Que conforme lo expresara la Directora General de la Organización Mundial de la Salud en su discurso de aceptación del cargo, pronunciado el 23 de mayo de 2012 ante la 65a Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza: “la cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Representa el medio de lograr **mayor eficiencia y mejor calidad**”. (Decreto 908/2016, el subrayado es mío)

En el discurso universalista de la CUS se trata de identificar a las personas que no tienen cobertura de salud. Sin embargo, no se explicita en ninguna parte qué atención especial recibirían las mismas, cómo se financiarían, y dónde serían atendidas (¿hospitales públicos o centros privados?). Estas personas obtendrían una credencial -siempre y cuando sean habitantes

argentinos (exclusión deliberada de los extranjeros de la atención de la salud)- con una historia clínica unificada, que se transformará, en el futuro, en una *historia clínica electrónica*. La razón de la identificación y clasificación de personas, en el discurso legitimador, es *eliminar toda forma de discriminación en base a criterios de justicia distributiva [...] discriminación social, económica, cultural o geográfica* (Decreto 908/2016).

A pesar del discurso universalista, las políticas que se enuncian originan varios tipos de discriminación, basadas en supuestos propios de la filosofía subyacente al proyecto, para la cual la desigualdad social es natural y la responsabilidad en salud recae sólo sobre el individuo. En primer lugar, el término “cobertura universal” no implica un seguro universal de salud, sino seguros diferenciados o focalizados. En un seguro universal se persigue que las personas compartan los riesgos de salud y que accedan a los servicios de calidad que necesitan a lo largo de todo su ciclo de vida (sean de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos). De acuerdo a Daniels (1994),

el diseño del sistema de salud público en la mayor parte del mundo se basa en el rechazo de la visión que sostiene que los individuos deberían tener la oportunidad de ganar ventajas económicas de sus diferencias en los riesgos de salud. (p.117).

Esta posición se inserta en la concepción liberal igualitaria de equidad en salud. Pero la CUS no responde a la misma al no proponer un sistema cooperativo, es decir universal, público e igualitario. En su lugar, promueve seguros mínimos. Los datos de la OMS muestran que estos *seguros focalizados* sólo incrementan el gasto de bolsillo y no se invierte en fondos públicos en salud (OMS, 2002-2006). Esto es, la CUS incrementa el gasto de bolsillo y el gasto público en servicios que se contratan. Estos seguros mínimos, en un país donde el derecho a la salud es constitucional, conlleva la judicialización de las

decisiones de salud ante la falta de respuesta del Estado en el cumplimiento de este derecho. Continuamos sin “invertir en salud” pública.

Por otra parte, al limitarse a los habitantes de la República Argentina, se abre la puerta a la *discriminación de los extranjeros* del acceso a la salud; tema de por sí delicado en nuestro país y en el mundo. El problema de las migraciones constituye un determinante social global de la salud (Pellegrino Filho, 2002). Millones de seres humanos están siendo expulsados de sus tierras en busca de mejores condiciones de vida, debido a condiciones climáticas adversas, hambrunas, pobreza, y violencia política y social. Negarles la atención de la salud es un hecho aberrante y constituye la violación de un derecho humano básico. En América Latina, las migraciones son un fenómeno en aumento, que exige políticas preventivas y acciones para garantizar el acceso a la atención de la salud. En este grupo de migrantes existe un número considerable de mujeres y niños que trabajan sin documentación ni reconocimiento oficial; son personas expulsadas del sistema social, en un contexto de recesión. Por lo tanto, se discrimina a los pobres, a los ex-tranjeros, y no se incluye la mirada de género, ni la necesaria visión transversal que el abordaje de la igualdad en salud demanda¹⁰. Para ellos no es la CUS.

Las “inversiones en salud” de la CUS nos recuerdan a las inversiones del Banco Mundial; repitiendo el viejo discurso del BM de paquetes diferenciados de salud. De esta manera, el Estado abre las puertas al mercado y a las sociedades intermediarias, para que éstas *consoliden su participación en la gestión directa de las acciones* (Decreto 908/2016). Sin embargo, su filosofía “universalista” no responde linealmente a las concepciones de equidad de corrientes libertarias (o liberales de derecha), quienes impulsarían seguros privados de salud y seguros mínimos (atención mínima estatal o beneficencia de organizaciones sin fines de lucro). Esta visión filosófica, defensora a ultranza del mercado -aun cuando no la compartamos- es coherente en su justificación de acuerdo a su punto de partida. Partiendo de una definición absoluta de propiedad, considera que -si bien existen obligaciones de beneficencia-, no existen obligaciones del Estado de financiar seguros públicos, ya que estos supondrían que el Estado puede disponer de las ganancias y/o propiedades de los conciudadanos para financiar, con impuestos, los costosos seguros de salud de aquellos que no puedan pagarlo (Nozick, 1974; Engelhardt, 1996). Por lo tanto, tampoco

¹⁰ En este punto considero oportuno aclarar que si bien el tema del trabajo ha sido la cobertura universal de salud, en lo que respecta a la justificación de políticas públicas sanitarias considero que debe garantizarse tanto la igualdad de acceso integral (igualdad distributiva y social) como así también el reconocimiento del respeto de la diferencia (género, etnia, diversidad sexual, diversidad de capacidades, clase social), exigiendo esta última un enfoque interseccional y transversal en políticas sanitarias.

permitiría que el Estado disponga de fondos públicos provenientes de impuestos para invertir en modernización informática, o en Bonos en una situación de emergencia sanitaria. Por esta razón, el discurso universalista encubre una nueva forma de hacer política: el uso instrumental del Estado para inversiones que favorecen intereses sectoriales y no para fines públicos. La citada política no responde al igualitarismo liberal (derecho a la salud), pero tampoco es justificada desde la filosofía libertaria o liberal de derecha.

Asimismo, la manera de instalar la CUS a través del Decreto de Necesidad de Urgencia es autoritaria debido a que este programa no responde a las necesidades propias de la emergencia sanitaria. El modelo de *e-gobernanza* y la modernización informática del sistema sanitario podría haber sido debatido en instancias democráticas legislativas tendientes a responder a las necesidades de salud la población. Por las razones formuladas anteriormente, lejos de paliar las urgencias de un sistema de salud en crisis, la estrategia analizada ha sido creada para garantizar, a través del Estado, un sistema de recaudación de fondos para obras sociales y empresas privadas. Sus fines contradictorios; el uso instrumental del mismo Estado al cual se critica; y las nuevas formas encubiertas de legitimar su accionar a través del uso de términos “progresistas” (cobertura universal de la salud, servicios integrados, derecho a la salud); todos ellos constituyen elementos que hacen a la filosofía neoconservadora implícita en las políticas de salud de la CUS.

II.2. Atención primaria de la salud y “servicios integrados”

En tiempos neoconservadores se apela paradójicamente a conceptos universales como el Derecho a la Salud y la Atención Primaria de la Salud Integral; al igual que lo hiciera antes el Banco Mundial -BM-. Cito:

Que es un objetivo del poder ejecutivo nacional la cobertura universal de salud, con la finalidad de asegurar el acceso de la población a servicios de calidad integrados y basados en la **atención primaria de la salud**.

Que el Sistema tiene como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de **prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas**, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud humana, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a criterios de justicia distributiva.

Que las medidas dispuestas tienen como objetivos fortalecer el financiamiento del Sistema Nacional del Seguro de Salud, promoviendo la **atención sanitaria integral** a fin de garantizar el acceso a la salud de toda la población, afianzando los principios de **equidad y solidaridad** que inspiraron su creación. (Decreto 908/2016, la negrita es mía)

Ahora bien, si queremos comprender el significado real de estas categorías -las cuáles no son definidas en el documento-, será necesario realizar un análisis histórico-crítico sobre los modelos de atención sanitaria integral y sus fines. Se trata de mostrar cómo, desde el reconocimiento universal del derecho a la salud, los programas que defienden una posición privatista utilizan un lenguaje que encubre la negación del mismo derecho. Esto es, las políticas sanitarias neoconservadoras suelen apropiarse de conceptos populares para legitimar su modelo de salud bajo términos universalistas, contrarios a la restricción de acceso que promueven a nivel práctico. Un ejemplo de ello lo constituye el Banco Mundial -BM-. Dicha institución se apropió en la década del '90 de conceptos como *participación, empoderamiento, Atención Primaria de la Salud*. De acuerdo a De Vos, el propósito de utilizar dichos conceptos populares es el fin neutralizador que se alcanza. Deliberadamente el concepto de "participación comunitaria" se utilizó para neutralizar la resistencia a las reformas impuestas, a compartir los gastos (por ejemplo, la imposición de cuotas para usuarios), y a la *co-responsabilidad de la organización de la entrega de servicios de salud* (De Vos et al., 2009:127)

La APS integral fue una de las metas principales para la promoción de políticas de salud preventiva basada en los determinantes sociales en la década del 70 (Alma Ata, 1978). Sin embargo, fue resignificada de un modelo integral a un modelo de APS *selectiva*; lo cual equivalía a restringir el acceso a la salud de los pobres un nivel básico (Ortúzar, 2017). De esta manera se estigmatizó y excluyó a grupos vulnerables restringiendo la atención de la salud a *salud básica* (no acceso a tratamientos costosos).

Lejos de erradicar la desigualdad en salud, los seguros focalizados generaron mayores desigualdades sociales y humillaciones a los que acudían a los servicios de salud para recibir sus "vales", minimizando el papel del Estado en salud pública y responsabilizando al individuo (Véase De Vos et al.; 2009; Ortúzar, 2017). Lo mismo ocurre con la estrategia de la CUS, la cual financia un sistema de salud moderno, informatizado, eficiente, y de calidad propio de sociedades desarrolladas. Por ello, para justificar políticas de salud acorde con nuestras necesidades sociales debemos explicitar la definición de salud de la cual partimos, debido a que ésta determinará los criterios de acceso a la salud pública.

II.3. Concepción de salud y derecho a la salud

Resulta curioso, pero no inofensivo, que en el mismo Decreto de la CUS se enlace el *derecho a la salud* y la *concepción integradora del sector con la e-gobernanza*, un sistema en donde convive el Estado y las sociedades privadas y/o sociedades intermedias, participando directamente en la toma de decisiones en el marco de la modernización. Cito:

Que es misión del Sistema Nacional del Seguro de Salud procurar el pleno goce del derecho a la salud de todos los habitantes de la República Argentina, sin discriminación social, económica, cultural o geográfica, organizándose dentro de una concepción integradora del sector y del concepto de salud, *donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del Sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones*. (Decreto 908/2016, el subrayado es nuestro)

El término *concepción integradora del sector* es de por sí confuso, ya que no se refiere directamente a una *concepción integral de Salud*. Esta vaguedad deja "flotando" la salud integral, sin explicitar directamente la misma, pero induciéndonos a pensar en éstas concepciones populares de salud.

La definición de salud constituye un concepto filosófico y político clave para determinar el sistema de salud y su grado de acceso igualitario. A pesar de la imposición de la definición biomédica, no existe una única definición de salud como tampoco existe un único modelo de salud. Dependiendo de los lineamientos teóricos que tracemos para definir la salud, se desprenderán de los mismos los criterios de acceso a la atención de la salud, determinando la obligatoriedad o no de satisfacer las necesidades y las prioridades sanitarias. En este sentido, las *direcciones* en políticas públicas de salud, derivadas de estos criterios y relaciones, determinarán diferentes modelos posibles de acceso a la salud.

En términos generales, si partimos de una *consideración amplia de salud*, que tenga en cuenta el entorno social y las relaciones sociales, entonces se reconocerá la responsabilidad social del Estado de actuar preventivamente para proteger la salud de la población más allá de la atención hospitalaria de urgencia o la complejidad tecnológica de los servicios. Pero, si el modelo se basa en una *visión estrecha de salud* como la tradicional definición biomédica, o, por el contrario, se reproducen múltiples definiciones funcionales al mercado (*disease mongering*), entonces se tenderá a responsabilizar únicamente al individuo por su salud, por sus malos hábitos; o simplemente se aducirá cuestiones de mala suerte o azar natural, apelando a la excelencia tecnológica como remedio.

La CUS no define explícitamente la *salud*, utilizando conceptos ambiguos con fines claramente legitimadores (ej: *concepción integradora del sector*). Sin embargo, resulta claro que se inclina por la

visión estrecha de salud, estableciendo la **Evaluación de la Tecnología Sanitaria** -ETS- para justificar prioridades de inversiones en salud en base a la eficiencia de las mismas, y no de la equidad en salud.

III. Prioridades sanitarias en y para nuestra sociedad ¿Evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) o Evaluación del Impacto en Salud de los Determinantes Sociales (EISDS)?

La prioridad de la CUS es la modernización del sistema informático sanitario a través del uso de Credenciales electrónicas e Historias clínicas electrónicas (HCE) diseñadas para la facturación de prestaciones; racionalización de servicios y evaluación del costo/eficiencia; conjuntamente con la creación de una **Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias** (ETS) para justificar qué prestaciones son eficientes y prioritarias en salud. Esta estrategia, para ser legitimada en un contexto de emergencia sanitaria, se presenta bajo la bandera de la cobertura universal de salud. Pero, como he mostrado anteriormente, no beneficia a las personas que no poseen cobertura ni justifica un seguro universal de salud. En este sentido, si bien los determinantes sociales, la medicina preventiva y la atención primaria de la salud fueron mencionados en las finalidades de la CUS (Anexo I), en el citado Decreto no se desarrolla ni se explica cómo se financiará y qué políticas se aplicarán para incidir sobre los determinantes sociales, y favorecer su prevención. Uno de los problemas que encuentro para lograr incluirlos -bajo un mismo modelo y en el marco de una justificación coherente- es: ¿cómo justificar la responsabilidad social del Estado para intervenir en los determinantes sociales si se considera que la responsabilidad de la salud descansa sólo en el individuo?

Pensar en el derecho a la salud, pensar en un sistema de salud *en y para* nuestra sociedad, exige pensar las desigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y cómo éstas se profundizan a partir de la recesión y políticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI). Como ha sido establecido por la OMS, lo esencial en salud es atacar de fondo la desigualdad social que genera estrés crónico y nuevas enfermedades en salud, y esto implica evaluar los determinantes sociales de la salud para actuar sobre ellos (Marmot y Wilkinson, 2005). Por lo tanto, para determinar

prioridades sanitarias y favorecer la equidad se requiere un modelo de *Evaluación del Impacto de los Determinantes Sociales* (EIDS) en la salud de la población, entendida ésta en sentido amplio; y actuar preventivamente en los problemas complejos de salud y del entorno social con una mirada transversal, de género, intercultural, que tenga en cuenta la clase social, entre otros factores cruciales para el abordaje de la atención igualitaria de la salud. Esta herramienta permite evaluar anticipadamente potenciales impactos (positivos y negativos) de programas interinstitucionales, teniendo en consideración la multiplicidad de factores que afectan a la salud de la población. Los valores éticos que subyacen a la misma son la equidad, la justicia social, la participación, el compromiso con el desarrollo sostenible, y un enfoque interseccional en salud (género, raza/etnia, clase social, diversidad sexual, edad) y para poder lograr la evaluación integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario.

En síntesis, reconocer la importancia de los determinantes sociales exige también reconocer la responsabilidad del Estado en salud. Esta visión no es compatible con el modelo anterior de *e-gobernanza*, el cual privilegia la eficiencia y la responsabilidad individual en salud. En sociedades donde existe gran desigualdad social desde la constitución de los modelos de producción social, la misma se refleja en las desigualdades en salud por clase, género, etnia, entre otros. Los problemas sanitarios giran en torno al aumento de violencia, la drogadicción, la desnutrición, los embarazos precoces y la obesidad, entre otros. Estos son moneda corriente ante la falta de políticas sociales integrales (Marmot y Wilkinson, 2005). La salud no depende sólo del acceso a la tecnología (Ortúzar, 2015; 2016); sino fundamentalmente depende del desarrollo de sociedades más igualitarias que terminen con las diferencias sociales, y esto exige pensar la salud en el contexto de su sociedad y su tiempo.

Conclusión general

Repasando los pasos dados en el análisis crítico de la CUS, en primer lugar he mostrado cómo dicha estrategia se inspira en modelos de salud de *e-gobernanza* extrapolados de sociedades desarrolladas y basados en la modernización del Estado, la informatización del sistema de salud, y la búsqueda de su eficiencia. Estos modelos no han sido justificados en nuestras sociedades, desconociéndose las desigualdades sociales y asimetrías de poder que impiden ejercer el derecho a la salud de todos. Tampoco se ha justificado la aplicación de la extrapolada crítica del Estado de Bienestar. El modelo planteado de *e-gobernanza* abre el juego a la participación sectorial en la toma de decisiones públicas, haciendo uso del poder estatal en pos de intereses privados. En segundo lugar, he mostrado cómo se instala la CUS a través de un decreto de necesidad y urgencia, evitando su debate legislativo por un contexto de emergencia sanitaria. Para su legitimación, frente al grave problema del desmantelamiento de los hospitales públicos y el aumento de la pobreza por políticas de ajuste, se apela al discurso universalista que neutraliza las reacciones sociales. A través del uso y apropiación de conceptos populares y universalistas en salud pública (atención integral, salud integral, cobertura universal, participación, entre otros), y retomando las mismas políticas del BM (De la APS integral a la APS selectiva), se avanza en la modernización tecnológica, la eficiencia y la responsabilidad individual en salud; al mismo tiempo que se retrocede en la equidad, en la responsabilidad social del Estado, en el derecho a la salud. Este pensamiento “universalista” subyacente a la CUS no descansa en una justificación igualitaria liberal que defienda un seguro universal de salud para compartir riesgos y reducir costos. Por el contrario, sugiere seguros focalizados desde una visión economicista y estrecha de la atención de la salud, comprometida con la **Evaluación de la Tecnología Sanitaria** y la informatización del sistema sanitario como prioridades centrales. Sin embargo, tampoco responde a una concepción libertaria, debido a que la misma no permitiría la libre disposición de impuestos para financiar inversiones en salud. La política neoconservadora que subyace al planteo de la CUS, se basa en tres características centrales:

Es autoritaria, porque:

- ◇ se impone gracias a un decreto de necesidad de urgencia al cual no responde (por no

atender las necesidades urgentes de la población sino sólo la eficiencia en el sistema de recaudación de obras sociales y empresas privadas a través de la libre disposición de fondos del Estado),

- ◇ elude así el debate democrático y legislativo sobre reformas sanitarias urgentes para cumplir el seguro universal;

Es encubierta:

- ◇ se legitima a través del uso de conceptos universalistas que no defiende;

Es economicista:

- ◇ persigue la eficiencia, la modernización informática, las inversiones, la evaluación tecnológica, la racionalización de costos y la facturación, entre otros;

Es individualista:

- ◇ al relegar la responsabilidad social el Estado y acentuar la responsabilidad individual en salud; considerando que las desigualdades sociales son naturales;

Es instrumental, o más precisamente hace un uso instrumental del Estado para transferir fondos públicos al sector privado.

Esta filosofía no protege el derecho a la salud de las personas porque reniega de la equidad y de la responsabilidad social, acentuando sólo la eficiencia y la calidad en salud. El discurso universalista de la CUS sólo busca efectos neutralizadores en la sociedad, mientras avanza en la privatización solapada del sistema de salud.

Si realmente queremos promover una cobertura universal para respetar el derecho a la salud presente en nuestra Constitución; entonces, no solo deberíamos partir de un sistema público de salud, cooperativo, que promueva la responsabilidad social. También deberíamos diseñar políticas públicas en salud que actúen preventivamente frente a los determinantes sociales de la salud (**Evaluación del Impacto en Salud de los Determinantes Sociales**), e impulsar el desarrollo de la medicina preventiva conjuntamente a la igualdad social, ítems esenciales en sociedades atravesadas por desigualdades en aumento. Esta visión exige un abordaje complejo, histórico, intercultural y geográfico de justicia en salud para transformar los modos de vida y organización social, las relaciones sociales, la salud colectiva, familiar e individual.

Por ello, si hablamos de cobertura universal y equidad, no podemos vaciar a la misma de sentido, de su dimensión ética; porque esta exige que no se discrimine a las personas por factores moralmente irrelevantes (género, raza, cultura, clase social, entre otros). Exige proteger a los más

vulnerables y excluidos, todas aquellas personas o grupos que se encuentran en estas condiciones no por su responsabilidad, sino por la acción u omisión del Estado en el cumplimiento de su obligación social de garantizar el efectivo ejercicio de los derechos humanos.

Bibliografía

Documentos consultados

- Alma Ata (1978). Recuperado de <http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>
- Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. www.onu.org.ar
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en Salud*. Washington. Recuperado el 20/03/07 de <http://documents.worldbank.org/curated/en/259121468340250256/pdf/341290spanish.pdf>
- Cobertura Universal de Salud, Decreto 908/2016. Fondo Solidario de Redistribución; Buenos Aires. Recuperado el 02/08/2016 de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/264047/norma.htm>
- Constitución Nacional Argentina (1994). Art. 75°, Inciso 22.
- Leyes Básicas de Salud de la Ciudad de Buenos Aires (153/99). *Plan Médico Obligatorio de Emergencia*. Argentina
- OEA (1988). *Protocolo de San Salvador*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) (2002). *Proyecciones de financiamiento. De la atención de salud. Perú 2002-2006*. Recuperado de https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Financiamiento_en_salud_2002_2006.pdf.
- Otros: Aruachuan en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-cobertura-universal-de-salud-fue-parte-de-un-encuentro-internacional> (recuperado el 15/10/17).

Artículos

- Bacigalupe, A., Esnaola, S., Calderon, C. et al. (2009). "La evaluación del impacto sobre la salud: una herramienta para incorporar la salud en las intervenciones no sanitarias". *Gaceta Sanitaria*, N° 23 (1), pp. 62-66. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112009000100013e&lng=es.
- Camou, A. (2000). *Tres miradas sobre la (in)governabilidad: eficacia, legitimidad y estabilidad política*. Recuperado de <http://www.antonioacamou.com.ar>
- Crozier, S. H. y Watanuki, J. (1975). *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*. New York: New York University Press.
- Daniels, N. (1994). "Individual differences and just health care". En Murphy, et al., *Justice and Human genome Project*. California.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Perez, D., Lefèvre, P. y Van der Stuyft, P. (2009). "Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización". *Medicina Social*, vol. 4, N° 2, 127, Recuperado el 20/03/07 de www.medicinasocial.info
- Engelhardt, T. (1996). *The foundation of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Jovell, A.J. et al. (2007). "¿El paciente a la universidad?" *Formación Médica Continuada*, 14, 6, pp. 301-304. Recuperado de www.universidadpacientes.org
- Marmot, M. y Wilkinson, R. (2005). *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Mayntz, R. (2001) "El Estado y la sociedad civil en la gobernanza moderna". *Reforma y Democracia, Revista del CLAD*, N° 21.
- (2006). "Governance en el Estado moderno". *Revista Postdata*, N° 1.
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books
- Ortúzar, M. G. de (2012), "Hacia la telemedicina en el MERCOSUR. Análisis ético comparativo de las normativas de Brasil y Argentina". *Revista eSalud.com*, vol.8, N° 30, pp. 1-17. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=14656>.
- (2014), "Gobernanza y Gobernanza en salud: ¿Una nueva forma de privatizar el poder político?" *OXÍMORA Revista Internacional de Ética y Política*, N° 5, pp.63-86. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/oximora/issue/view/1050>.
- (2015), "¿Equidad y gobernanza en salud?" *Pensar lo Propio, Perspectivas Bioéticas en las Américas*, año 19, N° 37-38. Recuperado de <http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2016/03/Perspectivas-Bioeticas-37-38.pdf> <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n36/editorial.pdf>
- (2016). "Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud". *Revista de Bioética y Derecho*, N° 36, pp 23-36. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/issue/view/13-Doi:10.1344/rbd2016.36.15374>.
- (2017). "El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte", *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*. N° 20, pp. 47-63. Recuperado de <http://www.ub.edu/astrolabio/>

Pasquino, G. (1988). "Gobernabilidad". En Bobbio, N. et al. *Diccionario de Política*. México: Siglo XXI.

Pellegrini Filho, A. (2002). "Inequities in access to information and inequities in health". *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 11, Mayo-Junio.

Sherwin, S. (1992). *No longer patient. Feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press.

Tsaganourious, Z. (1998). *Cyberdemocracy*, London: Routledge.