

# DE LA SALUD PÚBLICA A LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD: EL CASO ARGENTINO

---

## FROM PUBLIC HEALTH TO UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: THE ARGENTINIAN CASE

---

PABLO CEJAS ROMANELLI<sup>1</sup>

---

*Fecha de recepción: 31/10/2017*

*Fecha de aceptación: 10/11/2017*

### RESUMEN

La salud pública es un concepto dinámico que obligó a los operadores sanitarios a pensar en estrategias de promoción y protección de la salud humana. Con el paso del tiempo, dicho concepto evolucionó hacia el de salud internacional, y este último, al de salud global en un contexto de globalización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se perfiló como el ente destinado a instrumentar las políticas de salud global. En tal sentido la Cobertura Universal de Salud surgió como el resultado de la política de dicha organización que no estuvo exenta de presiones y controles de organismos no estatales.

La República Argentina incorporó al sistema de salud nacional, la Cobertura Universal de Salud que, tal como se verificó en la normativa internacional que le dio nacimiento, la prioridad está puesta en la salud financiera del sistema sanitario antes que en el derecho a la salud.

---

### ABSTRACT

Public health is a dynamic concept that forced healthcare operators to think about strategies for the promotion and protection of human health. With the passage of time, this concept evolved towards international health, and the latter, to global health in a context of globalization.

The World Health Organization (WHO) emerged as the entity destined to implement global health policies. In this regard, the Universal Health Coverage emerged as the result of the policy of this organization that was not exempt from pressures and controls by non-state organizations.

---

<sup>1</sup>Abogado (UNC), Escribano (UES21), cursando la Especialización en Educación y Tecnologías de Información y Comunicación (Instituto Nacional de Formación Docente), Maestrando en Relaciones Internacionales (CEA-UNC). Abogado Fiscal de la Dirección de Jurisdicción de Auditoría del Tribunal de Cuentas de la Provincia de Córdoba. Docente de las Cátedras de Derecho Internacional Privado y de Economía (UNC). Investigador del Instituto Económico e Interdisciplinario de la Facultad de Derecho (UNC). Investigador del programa "Globalización, Gobernanza, Derechos (humanos) y Bienes Públicos" (CEA-UNC). Presidente de la Fundación Instituto para la Investigación Jurídica y Social (Córdoba-Argentina). [pablocejasromanelli@gmail.com](mailto:pablocejasromanelli@gmail.com) - [pcejasromanelli@injus.org](mailto:pcejasromanelli@injus.org)

The Argentine Republic incorporated into the national health system, the Universal Health Coverage that, as verified in the international regulations that gave birth to it, the priority is placed on the financial health of the health system rather than on the right to health.

Palabras clave: Derecho Humano a la salud – Cobertura Universal de Salud – OMS – Salud global – Salud internacional

---

Keywords: Human Right to health – Universal Health Coverage – WHO – Global health – International health

## I. A modo de introducción

La cuestión de la salud de los pueblos del mundo ha sido un elemento que ha llamado la atención de las autoridades estatales como así también de diferentes organizaciones internacionales. Pero particularmente fue explorada por la Organización de Naciones Unidas por vía de su organismo especializado, la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Preámbulo de la Constitución de la OMS, firmada el 22 de julio de 1946, surge que la salud es un concepto integral que alude no solamente a la ausencia de enfermedades, sino a un estado general de bienestar mental, físico y social. Asimismo establece que el derecho al goce del grado máximo de salud es un derecho fundamental cuyos titulares son todas las personas sin distinción de sexo, raza, ideología, religión, o condición económica o social.

Sin embargo, la normativa que se considera la piedra fundacional de la Cobertura Universal de Salud, la Resolución WHA 58.33, alude en múltiples oportunidades a aspectos financieros, mientras que en ningún momento conceptualiza a la salud humana como un derecho.

Por este motivo, se procurará analizar la evolución del concepto de salud pública hacia el de salud global, partiendo de la noción de derecho a la salud como Derecho Humano, y cómo esta se articula en las políticas de la OMS a partir de la estrategia de la Cobertura Universal de Salud.

El artículo se divide en cuatro secciones. La primera, busca abordar el concepto de salud pública en su evolución hacia el de salud global, en un marco de procesos históricos, políticos, sociales y culturales, valiéndose de algunas categorías provistas por las Relaciones Internacionales. En este sentido, se efectúa un análisis de la noción de salud como aspecto vinculado a la seguridad de los Estados, para finalmente indagar en el Derecho Humano a la salud desde la perspectiva de salud global.

La segunda sección, ingresa al análisis de la evolución histórica de la Organización Mundial de la Salud, contextualizándolos según los periodos históricos y los vaivenes en materia financiera. Asimismo se describen los periodos de crisis de la organización, ya como consecuencia de falencias internas, como del influjo de presiones de otros organismos no estatales ni intergubernamentales.

Finalmente, la tercera sección analiza el debate de la cobertura versus el acceso a la salud, valiéndose de conceptos y categorías de análisis que se contrastarán con normativa internacional y nacional argentina, al mismo tiempo que alguna jurisprudencia del máximo tribunal argentino.

## II. De la salud pública a la salud global: el derecho humano a la salud

### 1. De la salud pública a la salud internacional

La salud pública es una noción nacida a mediados del siglo XIX en los Estados Unidos, Inglaterra y Europa Occidental como consecuencia de movimientos sociales reformistas y el crecimiento del conocimiento médico. En tal sentido, la noción se emparentaba con el estudio de la causación y el manejo de las enfermedades infecciosas<sup>2</sup>.

Fue a C. E. A. Winslow a quien se le atribuyó haber dado una definición de salud pública hace casi un siglo, cuando expuso que

*“(...) es la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida, y promover la salud física y la eficacia a través de esfuerzos comunitarios organizados tendientes a la sanitización del medioambiente, el control de las infecciones contagiosas, la educación individual en materia de higiene personal, la organización de servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y tratamiento preventivo de la enfermedad, y el desarrollo de una maquinaria social que asegurará a cada individuo en la comunidad, un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”<sup>3</sup>.*

Este concepto se tornó en un pilar fundacional de la disciplina. No obstante, se ensayaron otras definiciones, como lo hizo el Instituto de Medicina de los Estados Unidos cuando conceptualizó en su reporte sobre el Futuro de la salud pública de 1988 la misión de la salud pública como *“el cumplimiento de los intereses de la sociedad en el aseguramiento de condiciones en las cuales las personas pueden permanecer saludables”<sup>4</sup>.*

Por otro lado, el Diccionario de Epidemiología de Miquel Porta proporciona como una de las definiciones de la salud pública, la de

*“políticas, servicios, programas y otros esfuerzos específicos acordados (idealmente y habitualmente, democráticamente), organizados, estructurados, financiados, monitoreados, y evaluados por la sociedad para proteger, promover y restaurar colectivamente la salud de las personas y sus determinantes”<sup>5</sup>.*

De esta manera, la salud pública se erigió como una herramienta, una política y una obligación, esencialmente a cargo del Estado, cuya finalidad se encamina a la prevención, la atención temprana, la restauración, y el mantenimiento de las condiciones de salud de los seres humanos. Dentro de ella, cabe incluir la existencia de un sistema sanitario con infraestructura y recursos que aseguren dichos fines. La preocupación central, era pues, hacia adentro de las fronteras estatales.

En la medida que fueron apareciendo amenazas tales como epidemias, pandemias, infecciones, etc., combinadas con la posibilidad de que ellas trascendiesen las fronteras nacionales, determinó la aparición de una nueva noción: la salud internacional. Junto con este nuevo concepto, se abrió paso a otro espacio de relacionamiento externo de los Estados nacionales entre sí, a partir del cual se analizaron estrategias comunes mayormente vinculadas con el afrontamiento de amenazas comunes en materia de salubridad<sup>6</sup>. Merson, Black y Mills definen a la salud internacional como *“(...) la aplicación de los principios de la salud pública a los problemas y desafíos que afectan a los países de bajo y medio nivel de ingresos, y al complejo conjunto de fuerzas globales y locales que los*

<sup>2</sup> KOPLAN, Jeffrey P.; BOND, T. Christopher; MERSON, Michael H.; REDDY, K. Srinath; RODRÍGUEZ, Mario Henry; SEWANKAMBO, Nelson K.; WASS, Judith N Wass (2009): Towards a common definition of global health, Lancet, 373, pp. 1993.

<sup>3</sup> WINSLOW, C. E. A (1920): The Untilled Fields of Public Health. Science, New Series, Vol. 51, No. 1306, American Association for the Advancement of Science, p. 30.

<sup>4</sup> Instituto de Medicina de Estados Unidos (1988): The future of Public Health, National Academy Press, Washington, DC.

<sup>5</sup> PORTA, Miquel (Editor) (2014): A dictionary of epidemiology, New York, Oxford University Press.

<sup>6</sup> Estas amenazas comunes incluían por ejemplo, respuestas ante plagas o epidemias que sin obedecer las divisiones fronterizas de los Estados nacionales, amenazaban a la población y provocaba riesgos sanitarios de propagación de infecciones.

*informan*<sup>7</sup>. Por otro lado, la salud internacional fue también asimilada como una óptica desde lo nacional y desde el Estado que ve amenazados –o podría ver amenazados– sus intereses, su seguridad, su integridad territorial, etc.

El concepto de salud internacional siguió un camino diferente al que describió el de salud pública. Habitualmente fue utilizado como sinónimo de las actividades emprendidas en el exterior<sup>8</sup>, vinculadas a un foco de atención geográfico en los países de menores recursos y con especial énfasis en las enfermedades infecciosas, la desnutrición, el acceso al agua (potable), la natalidad y maternidad, aunque ello no implique dejar de lado las estrategias comunes de los Estados en el manejo de epidemias y pandemias. Es así que la salud internacional se asocia más explícitamente a relaciones políticas y prácticas de salud pública que llevan adelante los Estados nacionales<sup>9</sup> y en su relacionamiento recíproco.

## 2. De la salud internacional a la salud global y la securitización de la salud

Según lo manifestara el ex vicepresidente de la Asamblea Mundial de la Salud, Pedro Caba, la salud no se opone a la noción de enfermedad, sino que se trata de un concepto que resulta inescindible *“(...) de la paz y de la amenaza de guerra, de la eliminación de la pobreza y de la marginación, de la conservación del medio ambiente, de la reducción del desempleo (...)”*<sup>10</sup>.

Con los cambios que trajo aparejados la globalización, el concepto de salud internacional planteó un déficit para cubrir los nuevos desafíos y amenazas. Al mismo tiempo, el sistema westfaliano de poder comenzaba a mostrar fracturas producto de la emergencia de nuevos actores y centros de poder<sup>11</sup>.

La globalización alude a un *“proceso histórico que transforma la organización de las relaciones sociales y las transacciones, generando redes transcontinentales o interregionales de interacción y ejercicio del poder”*<sup>12</sup>. El foco de la globalización no está –ni estuvo entonces– dado por lo comercial, exclusivamente, sino que pretende ser un marco de referencia dentro del que se desenvuelven relaciones interpersonales, intergubernamentales, internacionales, y con la emergencia de nuevos actores no estatales, las relaciones transnacionales.

Si bien autores como Aldo Ferrer sitúan los orígenes del proceso de globalización con el descubrimiento de América y la creación de un orden económico internacional, el sentido que se le dará en el presente artículo al término globalización, lo ubica en el período iniciado en la segunda mitad del Siglo XX<sup>13</sup>. En este período aún no concluido, las profundas transformaciones de las comunicaciones, la tecnología, la intensificación de relaciones sociales a una escala mundial que –al decir de Anthony Giddens– *“(...) enlaza los lugares distantes de manera tal que los acontecimientos locales son moldeados por sucesos que ocurren a muchos kilómetros de distancia y viceversa”*<sup>14</sup>.

En este nuevo contexto de la realidad internacional, emergió la noción de salud global como un *“área para estudio, investigación y práctica que priorice la mejoría de la salud y*

<sup>7</sup> MERSON, Michael H.; BLACK, Robert E.; y MILLS, Anne J. (2012): *International public health: diseases, programs, systems, and policies*, 3a Edición, Burlington, Jones and Barlett Publishers, p. xvi.

<sup>8</sup> KOPLAN, Jeffrey P. et. al. (2009): *Op. Cit.*, p. 1993.

<sup>9</sup> BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; y FEE, Elizabeth (2006): *The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health*, *American Journal of Public Health*, vol. 96 n. 1, pp.62-72.

<sup>10</sup> LÓPEZ SANTOS, V.; y FRÍAS OSUNA, A. (2000): *“Concepto de Salud Pública”* en FRÍAS OSUNA, A.: *Salud Pública y educación para la salud*, Barcelona, Editorial Masson, p. 4.

<sup>11</sup> ROSENAU, James N. (2002): *“Governance in a New Global Order”* en HELD, David; y McGREW, Anthony (2002): *Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance*, Cambridge, Polity Press, pp. 70-86.

<sup>12</sup> HELD, David; y McGREW, Anthony (2002): *Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance*, Cambridge, Polity Press, pp. 1-2.

<sup>13</sup> FERRER, Aldo (2013): *Historia de la Globalización I. Orígenes del Orden Económico Mundial*, 2ª Edición, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

<sup>14</sup> GIDDENS, Anthony (1990): *The Consequences of Modernity*, Cambridge, Polity Press, p.64.

*la consecución de la equidad en salud para todas las personas del mundo*<sup>15</sup> El eje pasó de la persona como habitante de un país dado –con características climáticas, de entorno, económicas, etc.- a la persona como habitante de un mundo interconectado, y ello obligó a pensar en la salud como una cuestión de seguridad de los Estados.

La salud global se tornó en una finalidad más allá de lo filantrópico, encontrando anclaje en diversas estrategias de política exterior de los Estados, organizaciones intergubernamentales y actores internacionales no estatales. Esta noción funcionó como herramienta de policy shaping, delineando formas de intervención de la cuestión sanitaria a partir de decisiones en las que no siempre participaron los Estados que luego las implementarían. Por caso, organizaciones como la Ford Foundation o la Rockefeller Foundation, comenzaron a constituirse en think tanks diseñadores de políticas macro que los Estados debían luego operativizar. Otras entidades, como el Banco Mundial, también fueron aplicando una lógica de diversificación de riesgos y de funciones. Estas organizaciones, como era de esperarse, también se abocaron a la cuestión de la salud humana, aunque no siempre con los mismos propósitos.

De otro costado, la noción de salud global puede analizarse a la luz de una categoría propuesta por Barry Buzan, Ole Wæver y Jaap de Wilde, la de la securitización. Como se dijo, la salud se comenzó a tratar en los foros internacionales y al interior de los Estados como una cuestión sobre la que gravita la seguridad nacional y la existencia de amenazas. Buzan et. al. entienden a la securitización como una versión más extrema de la politización, y que tiene lugar cuando *“un asunto es presentado como una amenaza existente, que requiere medidas de emergencia y que justifican las acciones fuera de los límites del procedimiento político”*<sup>16</sup>. Estos procedimientos extraordinarios, empero, no necesariamente se dan en un contexto extremo de peligro –la guerra, por ejemplo-, sino que puede obedecer a distintas intensidades dentro de la gama de intereses en juego.

La preocupación de la ONU por la salud como cuestión de seguridad, por caso, quedó patentizada en el Informe sobre el Desarrollo Humano del año 1994 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), cuando definió la seguridad sanitaria como uno de los tipos de seguridad humana<sup>17</sup>. Hans-Martin Jaeger refiere que dicha preocupación, tiende a enmarcarse en un contexto de búsqueda por administrar, vigilar y optimizar la vida humana desde una óptica de la biopolítica, la gobernanza global, la salud global y el creciente condicionamiento de las soberanías nacionales con motivo de las complejas redes de poder global<sup>18</sup>.

Si bien la salud global presenta áreas que se superponen con otras de la salud pública y la salud internacional, las tres disciplinas comparten las siguientes características: priorizan un enfoque en la base poblacional y la prevención; se concentran en poblaciones más pobres, vulnerables y subatendidas; imbrican aproximaciones multidisciplinarias e interdisciplinarias; enfatizan la salud como un bien público y la importancia de los sistemas y estructuras; y presentan participación de diversos interesados.

Este concepto que abarca la salud global, si bien busca ir más allá que sus antecesores salud pública y salud internacional para dar paso a la incorporación de otros actores –principalmente no estatales- en el debate, lleva inexorablemente a pensar en una lógica de transnacionalidad, y de poder más allá del Estado. Como se expuso antes, organizaciones intergubernamentales, no gubernamentales y organismos de créditos

---

<sup>15</sup> KOPLAN, Jeffrey P. et. al. (2009): Op. Cit., p. 1995.

<sup>16</sup> BUZAN, Barry; WÆVER, Ole; DE WILDE, Jaap (1998): Security: A new framework for analysis, London, Lynne Rienner Publishers, pp. 23-24

<sup>17</sup> PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (1994): Informe para el Desarrollo Humano, México D.F., Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.

<sup>18</sup> JAEGER, Hans-Martin (2010): UN reform, biopolitics, and global governmentality, International theory, Vol. 2, No. 1, pp. 50-86.

comenzaron a tomar parte de las discusiones relativas a la salud entremezcladas de otros intereses propios de la naturaleza de cada uno de los actores.

En este marco el Estado comienza a abandonar el rol de único actor racional guiado por el cálculo de costo beneficio y válido de la fuerza en un medio donde predomina la anarquía<sup>19</sup>, características expuestas por la teoría realista de las Relaciones Internacionales<sup>20</sup>. Por otro lado, en buena medida el poder de los Estados se crea sobre la base de acuerdos y expectativas intersubjetivos, que confluyen en una comunidad relacional. Sobre esta base intersubjetiva, se define y redefine el concepto de soberanía y por ende, el de seguridad<sup>21</sup>.

Comprender a la salud global como un concepto más allá del Estado -atento trascender las fronteras nacionales- lleva asimismo a reflexionar sobre la inexistencia de un único actor que monopoliza el conocimiento, la técnica y la infraestructura aplicable a la salud. Lleva consigo también el desafío de interpelar a los Estados a emprender estrategias de prevención y tratamiento de enfermedades comunes, establecer políticas en materia de alimentación y medioambiente, reafirmar el compromiso con la protección de la salud como Derecho Humano y encaminar los sistemas de salud hacia su aseguramiento.

La perspectiva de la salud global contempla en su seno, el tratamiento de un universo de casos que involucran a la salud humana y de toda la humanidad. Esto es, visualiza peligros comunes y procura delinear estrategias de acción para afrontar dichos peligros. En un plano ideal, la salud global apunta a garantizar el Derecho Humano a la salud como fin en sí mismo, pero también como instrumento de desarrollo de los Estados y la comunidad en su conjunto.

### 3. Los Derechos Humanos y el derecho a la salud

Puede decirse que los Derechos Humanos son las prerrogativas o pretensiones de individuos o grupos de individuos, constituyen derechos no renunciables, y corresponden a sus titulares por la simple razón de ser personas o agrupaciones de personas humanas. Se caracterizan pues, por la universalidad y su carácter progresivo<sup>22</sup>.

El sistema de protección en torno a los Derechos Humanos, si bien comenzó hacia fines de la primera mitad del siglo XX, fue en la segunda mitad donde adquirió un auge considerablemente mayor. Tal como sucedió el 1948 con la Declaración Universal de Derechos Humanos, y como ocurrió en el sistema interamericano de la Organización de los Estados Americanos (OEA) con el Pacto de San José de Costa Rica en 1969, el esfuerzo positivizador de normas protectorias de los derechos inmanentes a la calidad de persona humana fue en aumento. Esto patentizó la identificación de la necesidad de configurar un esquema de limitaciones frente a eventuales transgresiones que pueden suscitarse -en algunos casos- más allá de los límites estatales de un Estado, y por tanto, requiriendo el actuar coherente de más de un actor internacional para evitar dichas afectaciones.

Hacia adentro de los Estados, países como la República Argentina incorporaron en un rango equivalente a su Constitución Nacional, numerosos tratados de Derechos Humanos algunos de los cuales que ya formaban parte del sistema normativo interno. Se complementó así, un sistema protectorio de derechos que, al decir de Germán Bidart

<sup>19</sup> Considera como anárquico el medio ya que no existe autoridad suprema al Estado capaz de imponer decisiones.

<sup>20</sup> HASENCLEVER, Andreas; MAYER, Peter; RITTBERGER, Volker; MURILLO, Lorena; y CASTRO Y ORTIZ, Francisco J.J. (1999): Las teorías de los regímenes internacionales: situación actual y propuestas para una síntesis, Foro Internacional, Vol. XXXIX, No. 4 (158) (Octubre-Diciembre 1999), pp. 506-507.

<sup>21</sup> WENDT, Alexander (1992): Anarchy is what States Make of it: The Social Construction of Power Politics, International Organization, Vol. 46, No. 2 (Primavera, 1992), pp. 391-415.

<sup>22</sup> JUÁREZ CENTENO, Carlos (2009): A sesenta años de la Declaración Universal de Derechos Humanos: reflexiones para el debate, Breviario en Relaciones Internacionales, Número 13. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.

Campos, se caracteriza por un sujeto activo –dado por la persona humana dotada de personalidad internacional- un sujeto pasivo –constituido por el Estado, en tanto obligado a omitir violaciones y a hacer o dar algo al sujeto activo- y una concurrencia jurisdiccional estatal e internacional<sup>23</sup>.

La OMS afirma en el Preámbulo de su Constitución, que el goce del grado máximo de salud es un derecho fundamental de todo individuo. Asimismo esta organización en su Nota Descriptiva N° 323 del año 2015, enuncia de manera explícita que el derecho a la salud “*está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, (y) la no discriminación...*”<sup>24</sup>.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 en su punto I., consideró a la salud como un Derecho Humano fundamental y que la consecución del mayor nivel de salud posible es el objetivo más importante que debe buscarse, y cuya realización requiere de acciones de los sectores de la salud, sociales y económicos<sup>25</sup>.

Si bien considerar a la salud como Derecho Humano puede significar una medida del avance en términos de equidad y justicia, no es menos cierto que obliga al mismo a reflexionar acerca de los costos económicos y las necesidades financieras conexos. Es preciso tener presente que los eventuales costos que pudieren derivarse de la responsabilidad internacional frente a la inobservancia de este Derecho Humano, como así también los costos de implementación de sistemas sanitarios que garanticen su cumplimiento, constituyen un aspecto que no todos los Estados están en condiciones de afrontar.

### **III: La Organización Mundial de la Salud: un repaso por su historia en el contexto de emergencia de nuevos actores globales**

La idea acerca de la existencia de una organización de alcance internacional en materia de salud puede situarse en 1902, con el establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional en el marco de Unión Internacional de las Repúblicas Americanas. Esta organización en materia de salud devino luego en la Oficina Sanitaria Panamericana, y eventualmente en la Organización Panamericana de la Salud. A la par de dichas organizaciones, se crearon otros entes similares: la Office Internationale d’Hygiène Publique, con sede en París<sup>26</sup> y la Organización de Salud de la Liga de las Naciones<sup>27</sup>, las que dentro de sus respectivos campos de acción, focalizaron su atención en la salud de los pueblos<sup>28</sup>.

Sin embargo, no solamente organizaciones internacionales de carácter intergubernamental se avocaron a esta temática, sino que también lo hicieron entes privados. Así, la Rockefeller Foundation creó una División de Salud Internacional en temprana época del siglo XX, ejerciendo con posterioridad un rol central en materia de políticas sanitarias en el orbe.

Con la creación de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1945, sus miembros decidieron asimismo adoptar una agencia especializada en cuestiones de salud. Entre 1946 y 1948 se suscitaban reuniones en el marco de una comisión ad hoc entre cuyos miembros se encontraban René Sand, Andrija Stampar y Thomas Parran. Fue en 1948

---

<sup>23</sup> BIDART CAMPOS, Germán (2006): Manual de la Constitución Reformada. Tomos I, II y III. Buenos Aires, Ediar Sociedad Anónima Editora, Comercial, Industrial y Financiera.

<sup>24</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015): Nota Descriptiva N° 323 “Salud y Derechos Humanos” de Diciembre de 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>) (Fecha de consulta: 17 de octubre de 2017).

<sup>25</sup> CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (1978): Declaración de Alma-Ata.

<sup>26</sup> Fundada en 1907.

<sup>27</sup> Fundada en 1920.

<sup>28</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p. 63.



cuando tuvo lugar la primera reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en dicha oportunidad fue formalmente creada.

Por ello, algunas agencias de las existentes se plegaron a la nueva organización que pretendía un alcance –que hoy puede llamarse- universal o global.

La OMS, en tanto organización internacional de carácter intergubernamental, debió adecuar y articular sus políticas tomando en cuenta dicha naturaleza. Por ende, fueron habituales las presiones que algunos Estados miembro ejercieron en torno a los caminos a emprender, tomando como herramienta de presión, sus contribuciones al presupuesto de la organización<sup>29</sup>.

En 1953, la Dirección General de la OMS estuvo a cargo de Marcolino Candau, a cuyo cargo estuvo la lucha contra la malaria. Pese a las críticas que recibió por el manejo de las políticas que se implementaron como combate de dicha enfermedad, como Director General, tuvo la capacidad de adaptarse a los vaivenes propios del juego de poder en un contexto de retirada y posterior reingreso de la entonces Unión Soviética a la ONU y la OMS<sup>30</sup>.

Hacia finales de la década de 1950 y durante la de 1960, los dos ejes enfrentados en el contexto de la guerra fría, la Unión Soviética y los Estados Unidos de América, se comprometieron a efectuar aportes cuantiosos en recursos, investigaciones y técnicas para la erradicación de la viruela. Fue así que con el aporte mancomunado de los Estados más poderosos del mundo, que los esfuerzos para la erradicación de la viruela tuvieron alto grado de éxito<sup>31</sup>.

Entre 1973 y 1993 se abrió un periodo de grandes conflictos en el seno de la OMS como producto de las tensiones entre las aproximaciones económicas y las sociales a la cuestión de la salud y la aplicación de las tecnologías a la salud de las personas. Los intereses de uno y otro tipo fueron variando según el grado de balance de poder, los intereses de los actores internacionales involucrados, y los compromisos ideológicos e intelectuales de ellos. En su conjunto, conformaban un cúmulo de factores que interactuaban en el proceso de formación, implementación, medición y evaluación de las políticas emprendidas. La Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de la Salud de 1978, cuyo propósito conocido fue el de salud para todos para el año 2000, presupuso la existencia de acuerdos multisectoriales y multidimensionales con énfasis en la salud y el desarrollo socioeconómico, como así también en el adecuado uso de las tecnologías.

Muchos gobiernos, empero, vieron a los objetivos que planteó la Declaración de Alma-Ata como utópicos e irrealizables. El primer intento para operativizar algunos aspectos incluidos en dicha Declaración, tuvo lugar en una pequeña conferencia realizada en Bellagio (Italia)<sup>32</sup> y contó con el sponsor de la Rockefeller Foundation y la asistencia del Banco Mundial, de la Fundación Ford, el administrador del USAID y el secretario ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)<sup>33</sup>.

La Conferencia de Bellagio se tradujo en la implementación de un concepto alternativo al de Alma-Ata, constituido por una selectiva atención primaria de la salud a través de intervenciones de bajo costo, reducidas en objetivos, con mayor grado de pragmatismo

---

<sup>29</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p.64-66. Los autores recuerdan las presiones de Estados Unidos en 1985, cuando dicho país decidió contribuir con tan solo el 20% del aporte comprometido a todas las agencias de la ONU, afectando asimismo a la OMS, en parte como retaliación por el "Programa de Drogas Esenciales" ("EssentialDrugProgram"), que se oponía a compañías farmacéuticas de capitales estadounidenses.

<sup>30</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p. 65.

<sup>31</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p.65. Los autores destacan que la Unión Soviética y Cuba se comprometieron al aporte de veinticinco millones y dos millones de dosis, respectivamente, de vacunas. Al mismo tiempo, el 1965 el presidente de los Estados Unidos de América, Lyndon B. Johnson instruyó a los delegados para comprometerse ante la OMS a efectuar los aportes necesarios para la erradicación de la viruela en el mundo.

<sup>32</sup> Llamada luego la "Conferencia de Bellagio".

<sup>33</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p. 67.



y mensurabilidad. Ello dio origen a una serie de políticas que se conocieron con el acrónimo de “GOBI”<sup>34</sup>.

Para 1980, las funciones de la OMS se vieron restringidas como resultado de las aproximaciones que tuvieron un marcado contenido economicista o financiero de la salud. En efecto, la creciente influencia del Banco Mundial (BM) –inicialmente creado como entidad que coadyuvara en la reconstrucción de Europa en 1946- amplió luego su espectro de acción mediante el otorgamiento de empréstitos y/o asistencia técnica a países en desarrollo. Ya en 1970, el BM otorgó préstamos para la planificación familiar y para 1979 ya contaba con un Departamento de Población, Salud y Nutrición.

Fue así que en 1980 el BM recomendaba en su Reporte sobre el Desarrollo Mundial que la desnutrición y las enfermedades podrían combatirse “*mediante la acción directa de los gobiernos con la asistencia del Banco Mundial*”<sup>35</sup>, efectuando también un razonamiento según el cual el grado de desarrollo –y su aumento- dependerían del nivel de salud de la población.

Sin embargo, a medida que el BM acrecentaba sus intereses en materia de salud internacional, el mecanismo de financiamiento a los Estados que implementaban las políticas diseñadas por la institución, comenzaba a funcionar como herramienta de presión. Así, se plantearon discusiones en torno al papel de los sectores público y privado en el financiamiento de la salud, y la exigibilidad de un uso más eficiente de los aportes. El BM, en tanto, se propiciaba por el favorecimiento de un libremercado y la disminución del rol estatal en –aunque no solamente limitada a- las políticas de salud.

Desde fuera, el rol de la OMS comenzó a perder prestigio –particularmente por la anuencia a las crecientes presiones del BM en aras a ajustes estructurales- en una época en que estalló una crisis por la epidemia del VIH/SIDA.

Las dificultades presupuestarias de la OMS, que había dispuesto en 1982 el congelamiento de su presupuesto, se tradujeron en un contraste con el papel del BM en materia de salud y financiamiento. Se comenzó a verificar un incremento de los ingresos extrapresupuestarios –es decir, no provenientes de los Estados miembros, sino de agencias multilaterales o naciones donantes- lo que condicionaba la definición de políticas e instrumentos en manos de la OMS, particularmente cuando dichos condicionamientos venían del lado del BM<sup>36</sup>.

Esta situación resultó en la posibilidad del BM de moverse con total soltura en un espacio de vacío que había dejado la ineffectividad y los numerosos condicionamientos impuestos al accionar de la OMS, en un contexto de neoliberalismo en la economía, comercio y política propios fines de la década de 1980 y hacia la de 1990.

Como pudo advertirse en la historia que verificó la OMS, el énfasis en las políticas diseñadas y recomendadas a los Estados, estuvo teñido grandemente por factores económicos y de poder. No solamente sus miembros –en un espacio de ecuanimidad e igualdad- sino también otros entes u organismos multilaterales, como fue el caso de la Rockefeller Foundation o el Banco Mundial, ejercieron presiones y condicionamientos en el accionar. Es por ello que no resulta inconsistente que la definición de políticas de acceso universal o cobertura universal de salud se encuentren influenciadas por los mismos factores económicos y financieros. Como ya se dijo, las tensiones entre los aspectos sociales y financieros en el seno de la OMS siempre han existido.

---

<sup>34</sup> GOBI, acrónimo que en inglés se tradujo como “Growth monitoring to fight malnutrition in children; Oral rehydration techniques to defeat diarrheal diseases, Breastfeeding to protect children, and Immunizations). BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p. 67.

<sup>35</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p. 67.

<sup>36</sup> BROWN, Theodore M. et. al.(2006): Op. Cit., p.68.

#### IV. Cobertura vs. Acceso la salud. Derecho humano y salud global en el caso argentino

Resulta útil indagar una de las Resoluciones que constituye el derecho derivado de la OMS, que ha sido identificada como la normativa que constituyó el germen de la hoy denominada Cobertura Universal de Salud (CUS).

La Resolución WHA58.33 de la Asamblea Mundial de la Salud -órgano supremo decisorio de la OMS- estableció directrices por medio de las cuales instó a los Estados miembros de la organización a adoptar una serie de medidas centradas en la financiación de los sistemas de salud pública. Previó asimismo la posibilidad de que existan sistemas mixtos que combinen financiamiento público y privado, e incluso el establecimiento de un seguro social de enfermedad.

De la mencionada resolución, surge que se insta a los Estados *“a que velen por que los sistemas de financiación de la salud prevean un método de pago anticipado de las contribuciones para la atención de salud”* como así también

*“a que velen por una distribución adecuada y equitativa de una infraestructura sanitaria de buena calidad y de los recursos humanos para la salud a fin de que los asegurados reciban servicios de salud equitativos y de buena calidad acordes con el paquete de prestaciones”*<sup>37</sup>.

Estos párrafos perfilan de modo meridiano el contenido eminentemente económico-financiero de la resolución bajo análisis. Lo que es más, mientras que vocablos vinculados con la financiación aparecen dieciocho veces en la resolución citada, el vocablo derecho no aparece ninguna vez.

Por otra parte, la Resolución WHA58.33 en su artículo 2.1) hace hincapié en el pedido al Director General de la OMS para que este proporcione el apoyo técnico necesario para el refuerzo de los medios y los saberes técnicos que sean requeridos, a fin de *“instituir sistemas de financiación de la salud, en particular planes de prepago, comprendido el seguro social de enfermedad, con vistas a alcanzar el objetivo de la cobertura universal...”*<sup>38</sup>.

En la República Argentina, la denominada estrategia CUS encuentra origen normativo a nivel nacional en la Resolución del Ministerio de la Salud de la Nación (MSN) N° 475/2016. Esta dispuso instruir a todos los programas nacionales bajo su dependencia, coadyuvar en la implementación de la CUS *“con el objeto de promover el acceso a la atención sanitaria integral, gratuita y con la adecuada calidad, jerarquizando el Primer Nivel de Atención”*<sup>39</sup>.

Asimismo, por Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) N° 908/2016 se creó un fideicomiso de administración para el aseguramiento de la implementación de la estrategia, afectándose a tales fines la suma de 8.000 millones de pesos (equivalentes aproximadamente a 556 millones de dólares<sup>40</sup> y que representa un 0,102% del PBI nacional para el año 2016<sup>41</sup>), los que deberán ser administrados por una Unidad Ejecutora (UE)<sup>42</sup>. Dicha UE fue creada por Resolución N° 840-E/2017<sup>43</sup> del MSN, y su reglamento operativo aprobado por Resolución N° 1152-E/2017<sup>44</sup>.

De acuerdo a Stuckler et. al. existe un escaso consenso y falta de claridad en la conceptualización de la CUS. Destaca que si bien una mayoría alude a la CUS como cobertu-

<sup>37</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): Resolución WHA58.33.

<sup>38</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): Resolución WHA58.33.

<sup>39</sup> B.O. 06/05/2016.

<sup>40</sup> BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2016): Cotizaciones históricas de las principales monedas (<http://www.bna.com.ar/>) (Fecha de consulta 10/10/2017). Se consideró el tipo de cambio para la venta del Dólar Estadounidense (14,40) a la fecha de publicación del Decreto 908/2016.

<sup>41</sup> BANCO MUNDIAL (2017): Argentina – Datos (<https://datos.bancomundial.org/pais/argentina>) (Fecha de consulta 10/10/2017).

<sup>42</sup> PODER EJECUTIVO NACIONAL ARGENTINO (2016): Decreto de Necesidad y Urgencia N° 908/2016 (B.O. 03/08/2016).

<sup>43</sup> B.O. 11/07/2017.

<sup>44</sup> B.O. 26/09/2017

ra universal, difieren en qué se encuentra comprendida dentro de dicha universalidad: múltiples o única intervención, múltiples o única prestación, conjuntos comprensivos de prestaciones múltiples, etc. Estas diferencias se replican asimismo en materia financiera, ya que no resulta claro si comprende sistemas de financiación –diferimiento de pago– o bien reembolsos de gastos irrogados<sup>45</sup>.

Según la OMS, la CUS significa “*acceso y protección financiera para todos los ciudadanos*”<sup>46</sup>. Del análisis de su texto, surge que el acento no está, entonces, puesto en el derecho a la salud de las personas, sino mayormente en el aspecto financiero de la prestación de un servicio de salud.

El artículo especial titulado “Cobertura Universal de Salud” publicado en la Revista Argentina de Salud Pública en 2016, y cuya autoría corresponde al Dr. Jorge Daniel Lemus<sup>47</sup>, entendió al acceso universal como la ausencia de barreras de tipo geográfico, sociocultural, económico, de género, etc. Por otro lado, delineó el concepto de cobertura de salud como una “capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población, lo cual abarca la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento”<sup>48</sup>.

En dicha publicación, Lemus destaca que el acceso universal y la CUS implican la posibilidad de acceder sin discriminación alguna a servicios integrales de salud, como así también a medicamentos seguros, de calidad y eficaces. La implementación de esta política –sigue diciendo Lemus– requiere inexorablemente la definición de políticas y acciones enfocadas desde una perspectiva multisectorial y cuyo propósito último es el bienestar y la salud. Expresa que es necesaria una mancomunación solidaria de fondos, mediante la unificación de un fondo único de todos los estamentos del financiamiento con carácter solidario. Agrega que es menester administrar la escasez, lo que requiere una aproximación racional, basado en la evidencia, toda vez que “*nadie puede garantizar ‘todo para todos’*” y al mismo tiempo, ya que ello constituye una inaceptable oferta cargada de populismo<sup>49</sup>.

Kutzin, en tanto, entiende que resulta útil efectuar un distingo entre la cobertura efectiva y la cobertura universal. Dentro de la primera, correspondería incluir la probabilidad de que un individuo obtenga aquellas intervenciones o prestaciones que requiere y que pueda experimentar una mejor salud como resultado<sup>50</sup>.

En este marco de cobertura efectiva, podría entenderse como desagregados, la reducción de las brechas ad intra de la población de un determinado Estado, y el aseguramiento de la calidad en las prestaciones, medicamentos e intervenciones que se deban practicar. Y es entonces cuando la combinación de una cobertura efectiva y una protección financiera da como resultado, un estado más próximo a la CUS<sup>51</sup>. Sin embargo, es necesario advertir –coherentemente como se expuso antes– que la consideración de la salud como un Derecho Humano y las eventuales reclamaciones, tornan a la CUS en su sentido más idealista, como improbable de ser aplicada en la gran mayoría de los países del mundo. En efecto, una cobertura total, universal, absoluta –y eventualmente, de acceso gratuí-

---

<sup>45</sup> STUCKLER, David; FEIGL, Andrea B.; BASU, Sanjay y McKEE, Martin (2010): The political economy of universal health coverage, papel de trabajo para el Primer Simposio Global de Investigación en Sistemas de Salud, Montreux, Suiza, p. 10-11.

<sup>46</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): Informe sobre la salud en el mundo 2005, Ginebra.

<sup>47</sup> Quien al momento de la remisión del presente artículo, y al tiempo de la publicación del artículo citado, reviste el cargo de Ministro de Salud de la Nación Argentina.

<sup>48</sup> LEMUS, Jorge Daniel (2016): Cobertura Universal de Salud, Revista Argentina de Salud Pública, 7(27), pp. 33-39, Buenos Aires.

<sup>49</sup> LEMUS, Jorge Daniel (2016): Op. Cit., p.34

<sup>50</sup> KUTZIN, Joseph (2013): Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, Bull World Health Organ 2013;91, pp. 602-611

<sup>51</sup> KUTZIN, Joseph (2013): Op. Cit., p. 604.

to- resulta de muy difícil alcance para cualquier Estado. Pese a ello, los esfuerzos en aras a lograr una mayor protección de las eventualidades de la salud, las enfermedades, los accidentes y los resultados de catástrofes naturales que inciden sobre la salud, pueden entenderse enmarcados en una CUS.

El mayor inconveniente, empero, no radica en la CUS considerada en sí misma, sino en las consecuencias que su adopción puede traer. Manchola Castillo et. al. destacan que resulta evidente que –según se desprende de la Resolución WHA58.33- el mayor problema ha sido haber supeditado la noción de salud a las condiciones financieras en lugar de a la condición humana de quienes son titulares del derecho a la salud<sup>52</sup>.

Concebir al derecho a la salud como un Derecho Humano no puede significar, consecuentemente, la existencia de un eventual costo para su aseguramiento. Sin embargo, la CUS alude por lo común, a paquetes de prestaciones cuyo contenido puede variar, pero que indudablemente deja un sector de prestaciones fuera de su amparo.

Analizando de un modo más específico el asunto, lo que aparece como relevante en un momento anterior, son las limitaciones en materia de financiamiento de los sistemas de salud, y luego de ello, se ve atiborrado el derecho a la salud. Al decir de Manchola Castillo et al., la CUS funciona como un mecanismo para garantizar la salud de los sistemas económicos y financieros en detrimento de la salud de los seres humanos; una suerte de limitación de los servicios disponibles en un contexto de desresponsabilización del Estado y la tercerización de los sistemas de salud<sup>53</sup>.

Esta afirmación acerca de la limitación de los servicios disponibles se ha traducido en la legislación nacional, tal como sucede en el caso de la Resolución N° 747-E/2017 del MSN<sup>54</sup>. Esta norma limita, para el caso de los medicamentos oncológicos, la gratuidad de su acceso a una condición tripartita: carencia de obra social, asistencia en hospital público, y droga incluida en un cierto Vademécum.

Pese a lo dicho hasta aquí, y los notables avances en materia de calidad de vida y desarrollo que podría conllevar la CUS, desde una perspectiva histórica, conviene recordar que se trata de una medida que se remonta a la situación de la OMS durante la década de 1980 y primeros años de la de 1990. Como se expuso antes, durante dichos periodos, diversas corporaciones financieras y entidades multilaterales de crédito, tomaron control de los objetivos e instrumentos de la OMS a partir del diseño de políticas de reformas sectoriales que –como se dijo- escaso favor le hicieron a la salud y a esta en su carácter de Derecho Humano.

Esas reformas estructurales, asentadas sobre una base de “salud financiera” de los sistemas, se ocuparon más en la sustentabilidad del financiamiento del sector sanitario, que en la garantía de un derecho a la salud de calidad. Sendas limitaciones a las prestaciones con fundamento en la necesidad de equilibrar los balances de los prestadores de salud –recuérdese que la OMS alienta a una concertación público-privada a través de “mix” de financiación- significan una restricción al Derecho Humano a la salud que no sería admisible.

Debe recordarse que en la República Argentina, el derecho a la salud se ha considerado por un vasto sector doctrinario, incluido dentro de los derechos no enumerados de la Constitución Nacional (CN) en su art. 33, al mismo tiempo que se halla dotado de jerarquía constitucional por virtud de los tratados de Derechos Humanos incorporados al bloque de constitucionalidad federal por el art. 75 inc.22 de la CN<sup>55</sup>.

<sup>52</sup> MANCHOLA CASTILLO, Camilo Hernán; GARRAFA, Volnei; CUNHA, Thiago y HELLMANN, Fernando (2017): El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), pp. 2155-2156.

<sup>53</sup> MANCHOLA CASTILLO, Camilo Hernán. et. al.(2017): Op. Cit., pp. 2151-2160.

<sup>54</sup> B.O. 26/06/2017.

<sup>55</sup> BIDART CAMPOS, Germán (2006): Manual de la Constitución Reformada. Tomos I, II y III. Buenos Aires, Ediar Sociedad Anónima Editora, Comercial,

La Corte Suprema de Justicia de la Nación, máximo tribunal argentino, en la señera causa Asociación Benghalensis y otros c/Ministerio de Salud y Acción Social - Estado Nacional s/ amparo ley 16.986<sup>56</sup> sostuvo que "(a) partir de la reforma constitucional de 1994, el derecho a la salud se encuentra expresamente reconocido con jerarquía constitucional en el art. 75 inc. 22" de la Constitución Nacional, en el marco del derecho a la vida, estando a cargo del Estado la obligación impostergable de garantizarlo.

Por otro lado, y complementario con aquél, en el fallo Ana Carina Campodonico de Beviacqua v. Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaria de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas<sup>57</sup> sostuvo que el derecho a la vida "*... es el primer derecho de la persona humana que resulta reconocido y garantizado por la Constitución Nacional. El hombre es eje y centro de todo el sistema jurídico y en tanto fin en sí mismo -más allá de su naturaleza trascendente- su persona es inviolable y constituye valor fundamental con respecto al cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental.*"

## V. A modo de conclusión

La noción de salud global como el máximo bienestar de los pueblos del mundo, es el resultado de los avances y retrocesos -y los aprendizajes sobre la base de estos- a lo largo de la Historia a partir del nacimiento de la salud pública como disciplina y la posterior aparición de la salud internacional.

Las estrategias emprendidas por organizaciones como la OMS, no exentas de presiones de actores no estatales, se enmarcaron en múltiples ocasiones en la lógica de securitización de la salud. En este sentido, la cuestión sanitaria comenzó a perfilarse como un aspecto de gran relevancia para los Estados.

En este marco, la OMS delineó la estrategia de la CUS como forma de dar respuesta y tutela al Derecho Humano a la salud. Pese a ello, el contenido eminentemente financiero de la normativa reglamentaria de dicha estrategia, la tornó en un mecanismo no siempre apto para garantizar dicho derecho.

El sistema jurídico argentino, que recientemente incorporó la CUS, comprende el derecho a la salud como un Derecho Humano, y así lo ha dicho sucesivamente el alto tribunal nacional. Sin embargo, de la normativa interna relativa a la CUS es dable predicar lo mismo que de su par internacional: el acento no está puesto en el derecho, sino en aspectos económicos y financieros.

---

Industrial y Financiera.

<sup>56</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2000): Fallos 323:1339.

<sup>57</sup> CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2000b): Fallos 323:3229.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA (2016): Cotizaciones históricas de las principales monedas (<http://www.bna.com.ar/>) (Fecha de consulta 10/10/2017).
- BANCO MUNDIAL (2017): Argentina - Datos (<https://datos.bancomundial.org/pais/argentina>) (Fecha de consulta 10/10/2017).
- BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; y FEE, Elizabeth (2006): The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health, *American Journal of Public Health*, vol. 96 n. 1, pp.62-72.
- BUZAN, Barry; WÆVER, Ole; DE WILDE, Jaap (1998): *Security: A new framework for analysis*, London, Lynne Rienner Publishers, pp. 23-24
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (1978): Declaración de Alma-Ata.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2000): Fallos 323:1339.
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE LA NACIÓN (2000b): Fallos 323:3229.
- FERRER, Aldo (2013): *Historia de la Globalización I. Orígenes del Orden Económico Mundial*, 2ª Edición, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- HASENCLEVER, Andreas; MAYER, Peter; RITTBERGER, Volker; MURILLO, Lorena; y CASTRO Y ORTIZ, Francisco J.J. (1999): Las teorías de los regímenes internacionales: situación actual y propuestas para una síntesis, *Foro Internacional*, Vol. XXXIX, No. 4 (158) (Octubre-Diciembre 1999), pp. 499-526.
- HELD, David; y MCGREW, Anthony (2002): *Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance*, Cambridge, Polity Press.
- JAEGER, Hans-Martin (2010): UN reform, biopolitics, and global governmentality, *International theory*, Vol. 2, No. 1, pp. 50-86.
- JUÁREZ CENTENO, Carlos (2009): A sesenta años de la Declaración Universal de Derechos Humanos: reflexiones para el debate, *Breviario en Relaciones Internacionales*, Número 13. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.
- KOPLAN, Jeffrey P.; BOND, T. Christopher; MERSON, Michael H.; REDDY, K. Srinath; RODRÍGUEZ, Mario Henry; SEWANKAMBO, Nelson K.; WASS, Judith N Wass (2009): Towards a common definition of global health, *Lancet*, 373, pp. 1993-1995.
- KUTZIN, Joseph (2013): Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy, *Bull World Health Organ* 2013:91, pp. 602-611
- LEMUS, Jorge Daniel (2016): Cobertura Universal de Salud, *Revista Argentina de Salud Pública*, 7(27), p. 33-39.
- LÓPEZ SANTOS, V.; y FRÍAS OSUNA, A. (2000): “Concepto de Salud Pública” en FRÍAS OSUNA, A.: *Salud Pública y educación para la salud*, Barcelona, Editorial Masson, p. 3-13.
- MANCHOLA CASTILLO, Camilo Hernán; GARRAFA, Volnei; CUNHA, Thiago y HELLMANN, Fernando (2017): El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos, *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(7), pp. 2151-2160.
- MERSON, Michael H.; BLACK, Robert E.; y MILLS, Anne J. (2012): *International public health: diseases, programs, systems, and policies*, 3a Edición, Jones and Barlett Publishers, P. xvi..
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2017): Resolución N° 1152-E/2017.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2017): Resolución N° 747-E/2017.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2017): Resolución N° 840-E/2017.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005): Resolución WHA58.33 sobre Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015): Nota Descriptiva N° 323 “Salud y Derechos Humanos” de Diciembre de 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>) (Fecha de consulta: 17 de octubre de 2017).
- PODER EJECUTIVO (2016): DNU 908.
- PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (1994): Informe para

- el Desarrollo Humano, México D.F., Fondo de Cultura Económica S.A. de C.V.
- ROSENAU, James N. (2002): "Governance in a New Global Order" en HELD, David; y MCGREW, Anthony (2002): *Governing Globalization. Power, Authority and Global Governance*, Cambridge, Polity Press, pp. 70-86.
  - STUCKER, David; FEIGL, Andrea B.; BASU, Sanjay y MCKEE, Martin (2010): *The political economy of universal health coverage*, papel de trabajo para el Primer Simposio Global de Investigación en Sistemas de Salud, Montreux, Suiza.
  - WENDT, Alexander (1992): *Anarchy is what States Make of it: The Social Construction of Power Politics*, *International Organization*, Vol. 46, No. 2 (Primavera, 1992), pp. 391-425.
  - WINSLOW, C. -E. A (1920): *The Untilled Fields of Public Health*. *Science, New Series*, Vol. 51, No. 1306, American Association for the Advancement of Science, pp. 23-33.