

Soberanía sanitaria para un pleno acceso a la salud

Sanitary sovereignty for a full access to healthcare

Soberania sanitária para o pleno acesso à saúde

Fonseca, Manuel

Manuel Fonseca

mfonseca@med.unlp.edu.ar

Universidad Nacional de La Plata., Argentina

Ciencia, Tecnología y Política

Universidad Nacional de La Plata, Argentina

ISSN: 2618-2483

Periodicidad: Semestral

vol. 5, núm. 9, e087, 2022

revista.ctyp@presi.unlp.edu.ar

Recepción: 06 Septiembre 2022

Aprobación: 03 Noviembre 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/214/2143564010/>

DOI: <https://doi.org/10.24215/26183188e087>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Resumen: La pandemia de COVID-19 profundizó las discusiones en torno a las políticas sanitarias y a las enormes desigualdades que existen en relación con el acceso a la salud. En este artículo se discute la idea de *soberanía sanitaria* analizándola a partir de cuatro dimensiones políticas sobre las que se apoya. Estas son: la organización y el financiamiento de los efectores de salud; la orientación de la investigación científico-tecnológica; la producción de medicamentos y la tecnología sanitaria; y la formación académica de los equipos de salud.

Palabras clave: salud, soberanía, derecho a la salud.

Abstract: The COVID-19 pandemic deepened debates around health policies and the great disparities in access to healthcare. In this article, we discuss the idea of sanitary sovereignty from four political dimensions on which the concept stands. These are the organization and funding of health practitioners; the orientation of scientific and technological research; the production of medicines and medical technology; and the academic formation of health professionals.

Keywords: health, sovereignty, health as a right.

Resumo: A pandemia da COVID-19 aprofundou as discussões sobre políticas de saúde e as enormes desigualdades que existem em relação ao acesso à saúde. Este artigo discute a ideia de soberania sanitária, analisando-a em termos das quatro dimensões políticas sobre as quais ela se apoia. Essas são: a organização e o financiamento dos prestadores de serviços de saúde; a orientação da pesquisa científica e tecnológica; a produção de medicamentos e tecnologia da saúde; e a formação acadêmica das equipes de saúde.

Palavras-chave: saúde, soberanía, direito à saúde.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de COVID-19 profundizó las discusiones en torno a la soberanía, a la orientación de las políticas sanitarias y a las enormes desigualdades en relación al acceso a la salud. En Argentina, esta problemática atraviesa y trasciende el campo sanitario y se enmarca en la larga tradición de defensa y afirmación de una soberanía política nacional. Surge entonces la necesidad de un debate alrededor del concepto de *soberanía*

sanitaria como categoría política contrahegemónica, construida y puesta en práctica desde una concepción de derechos y contrapuesta a la mercantilización de la salud, que la concibe como un negocio muy rentable.

En este contexto, se puede definir la soberanía sanitaria como la capacidad de una nación de llevar adelante las acciones, dispositivos, políticas públicas y estrategias necesarias, para garantizar el acceso al derecho a la salud, sin condicionamientos, de todas las personas que la habitan. Por contraposición, la dependencia sanitaria sería la imposibilidad de un país de garantizar este derecho por sus propios medios. Esto ocurre cuando un sector de la población no puede acceder al derecho a la salud, o bien cuando este acceso se encuentra mediado por algún grado de dependencia de otro país, por ejemplo, en materia de diagnósticos, tratamientos, o terapias (Blinder *et al.*, 2021; Fonseca, 2022).

Desde la perspectiva planteada se desprende el rol protagónico que tiene el Estado para conducir y orientar a los diversos actores sociales y económicos vinculados al sistema sanitario. En el caso de Argentina, al igual que en otros países periféricos, para que esto sea efectivo se requiere de un pensamiento nacional situado, capaz de elaborar respuestas a los problemas y necesidades propios, sin estar atados a recetas (Alzugaray, 2008).

En este trabajo se discute la idea de soberanía sanitaria analizándola a partir de cuatro dimensiones políticas sobre las que se apoya. Estas son: la organización y el financiamiento de los efectores de salud; la orientación de la investigación científica y el desarrollo; la producción de medicamentos y la tecnología sanitaria y la formación académica de los equipos de salud.

ORGANIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO DE LOS EFECTORES DE SALUD

El sistema de salud argentino se caracteriza por su carácter mixto debido a la convivencia de efectores¹ organizados alrededor de tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. Se trata de una estructura desarticulada superpuesta, no coordinada y a veces contradictoria donde el Estado ha ido relegando cada vez más terreno en su rol de árbitro regulador. Esta situación hace que no existan reglas claras, permitiendo que el mercado imponga condiciones, haciendo que el acceso a la salud sea cada vez más caro e inequitativo.

El subsistema público, financiado por el estado en sus niveles nacional, provincial y municipal, tiene como concepción brindar atención a todas las personas que habitan la Argentina y es el único que se encuentra organizado por niveles de atención. Esta conformación pretende establecer un sistema de cuidados progresivos de menor a mayor complejidad médica. Al menos el 36% de la población accede al sistema de salud por este subsistema, el cual contempla el 2,7% del gasto total del PBI del país² (de la Puente y de los Reyes, 2019).

Los procesos de descentralización administrativa del subsistema público realizados durante la dictadura cívico militar eclesiástica que gobernó el país entre el 1976-1983 del siglo pasado, profundizados en la década siguiente, se caracterizaron por mantener la centralización de los recursos. El resultado fue sistemas locales y provinciales con más responsabilidades sanitarias pero desfinanciados y con serias dificultades para garantizar el acceso a la atención en salud de su población a cargo. Al mismo tiempo han dejado al Ministerio nacional prácticamente sin efectores propios y con poca capacidad de integrar los distintos niveles de atención (Fundación Soberanía Sanitaria, 2021).

El subsistema de obras sociales brinda cobertura al 50% por ciento de la población del país. Contempla el 3,9% del gasto total del PBI argentino (de la Puente y de los Reyes, 2019). Contiene distintas formas de organización de la seguridad social, todas con algún grado de solidaridad interna, al menos en su concepción e idea de origen. En este subsistema, por lo general, cada persona aporta de manera compulsiva según lo que percibe, y recibe atención en salud según lo que necesita. De esta forma, quienes más ganan colaboran con el acceso a la salud de quienes menos ganan. Las personas jóvenes y sanas, al tener estadísticamente

menos necesidades de consultar al sistema, colaboran de forma indirecta con la posibilidad de acceso de las personas mayores o las que tienen alguna patología. En este subsector se destacan el PAMI (la obra social más grande nuestro continente, con cinco millones de afiliadas/os); las obras sociales provinciales (de las y los trabajadores estatales de cada provincia); y las casi 300 obras sociales nacionales que presentan una muy disímil organización interna y capacidad de respuesta (de la Puente y de los Reyes, 2019).

El financiamiento de este subsistema es mixto entre trabajadores y empleadores, que en general pagan por servicios del subsistema privado para acceder a la salud por no contar con efectores propios ni establecer coordinaciones con el subsector estatal. Otra vez, las políticas neoliberales, que se llevaron a cabo en el país, desregularon a las obras sociales nacionales en un proceso conocido como “descreme” (con medidas como la libre elección de la obra social o la posibilidad de migrar aportes desde una obra social nacional a una prepaga), atentando contra su lógica solidaria y restando capacidad resolutoria a este subsector.

El 14% de la población del país accede a la salud a través del subsistema privado (prepagas y pago de bolsillo) que representa el 2,8% del gasto del PBI nacional (de la Puente y de los Reyes, 2019). El sistema de prepagas, a pesar de estar regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (al igual que las obras sociales nacionales), logra imponer precios y valores a sus afiliados siempre por encima de los niveles de inflación. La lógica de la prepaga es distinta a la de la obra social: el aporte es voluntario y no compulsivo y se paga por lo que se desea acceder en función de la capacidad de pago individual o del grupo familiar. Así, se recibe atención en función de lo que se paga, y no en función de lo que se necesita.

Dos de cada tres personas que tienen una prepaga migran sus aportes desde la seguridad social hacia este subsistema, desfinanciando a las obras sociales nacionales. Este subsistema no se inscribe en la lógica solidaria de los dos anteriores y busca, como cualquier otro negocio, su mejor tasa de ganancia. Muchas veces, la filosofía de este subsistema permea a los otros dos (ya sea por brindar servicios a las obras sociales o por la batalla cultural que disputa sentidos con el subsector público).

En este contexto, existe, como se mencionó anteriormente, una falta de coordinación de los niveles de atención hacia dentro de cada uno y entre sí. A su vez, la mayoría de la población recibe un porcentaje del gasto/inversión en salud menor que el que gasta una minoría de argentinos que acceden a la salud por el subsistema de prepagas. En este marco, el Estado no logra imponerse como un árbitro capaz de orientar esta estructura, que brinda principalmente beneficios a quienes consideran la salud como una mercancía.

INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

Un aspecto central para pensar la soberanía de una nación son las políticas que ejecuta en investigación científico-tecnológica y la matriz de desarrollo productivo que la sostiene. En el siglo XXI, el conocimiento científico y tecnológico se ha convertido en una *commodity*, y por esa razón es preciso analizar la lógica de la producción del conocimiento desde una mirada geopolítica de las cadenas agregadas de valor (Blinder *et al.*, 2021).

Según la CEPAL (Inoue y Stumpo, 2018) Argentina realiza el 50% de sus inversiones en materia de investigación y desarrollo en investigación aplicada, 34% en investigación básica y sólo 16% en desarrollo experimental³. Esto configura una matriz periférica o dependiente de inversión en CyT, si se la compara con países centrales o desarrollados que destinan inversiones en proporción opuesta (el caso de China es paradigmático, orientando sólo 5% en investigación básica, 10% en aplicada y 85% en desarrollo experimental).

Por otro lado, el 80% de las investigaciones financiadas en Argentina corresponden a los campos de la agroindustria, las ciencias biológicas y las ciencias médicas, en ese orden. De esas investigaciones, la médica es la que mayor cantidad de patentamientos genera, todas en el exterior del país, y la mitad en organismos

privados extranjeros. A su vez, la mitad de esas patentes se encuentran registradas en los Estados Unidos (Codner y Perrotta, 2018).

Este proceso de primacía de investigación básica por encima de la aplicada y la experimental, con patentamiento y usufructo de ese conocimiento en el exterior, constituye un proceso que profundiza la dependencia en términos científicos en general y sanitarios en particular.

Por otro lado, si bien se destaca positivamente el marco normativo de la Ley 26.688 (2011) de investigación y promoción de los laboratorios públicos y la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos en el año 2014, no hay una orientación de largo plazo que integre políticas sanitarias y científicas diagramadas desde los respectivos Ministerios de Salud y de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación.

En este contexto casi la totalidad de la investigación biomédica básica y aplicada que se realiza en Argentina (que cuenta con una tradición importante que incluye tres premios Nobel) es usufructuada por capitales extranjeros y tiende a importar agendas de investigación y desarrollo que no responden a los problemas nacionales. En este sentido la dependencia sanitaria está directamente vinculada a la matriz periférica y dependiente de nuestras políticas de ciencia y tecnología.

MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA SANITARIA

El análisis del impacto de las innovaciones sanitarias, es decir, aquellas nuevas tecnologías con beneficios para la salud de la población (como, por ejemplo, las vacunas contra el COVID-19), requiere recuperar momentos de la historia de la salud pública nacional que permitan comprender las tensiones existentes hacia adentro del campo de la salud, en relación a uno de los actores con mayor peso: la industria farmacéutica y el complejo médico industrial.

Este recorrido histórico resulta necesario para comprender las características actuales de la industria farmacéutica argentina, la cual ha logrado un grado de aprendizaje tecnológico organizacional relevante, particularmente de los laboratorios de capitales nacionales y tiene una escala y potencialidad sólo comparable a la de Brasil en la región.

A lo largo del siglo XX podemos rastrear diferentes políticas estatales que fueron fuertes apuestas en la puja por aumentar los niveles de soberanía sanitaria en materia de medicamentos y tecnologías. Políticas y estrategias que, como se verá más adelante, se enmarcan en la tensión entre el Estado y el mercado, cada vez que el primero intenta aumentar los niveles de control sobre el segundo.

Entre las iniciativas que se desarrollaron desde el Estado Nacional en materia de medicamentos y tecnologías para la salud se destacan la creación del Instituto Bacteriológico en 1914; la creación de la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la Universidad de Buenos Aires en 1957, separándola de la de Medicina; la creación de la Empresa Medicinal del Estado Argentino (EMESTA) impulsada por Ramón Carrillo en 1946, con la finalidad de mejorar el acceso a los medicamentos por parte de la población; la creación del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en 1950; la llamada Ley Oñativia, sancionada en 1964, que consideraba a la salud como un bien social y ampliaba la regulación del Estado sobre el sector farmacéutico; el programa REMEDIAR impulsado por el Ministerio de Salud desde el año 2002, el cual incorporó como política pública la compra y distribución de medicamentos esenciales para usuarios con cobertura pública exclusiva (19 millones de personas); la articulación regional en materia sanitaria y de acceso a medicamentos iniciada a través de la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) en el año 2008; y, una de las más importantes, la sanción en 2011 de la Ley 26.688⁴, que declaró de interés nacional la “investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos”, entendiéndolos, en su artículo 2, como bienes sociales con el objetivo de “promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública” (Campins y Pfeiffer, 2018; Santos y Thomas, 2018).

Por otro lado, las reformas neoliberales de la década del noventa del siglo pasado implicaron políticas de desregulación centradas principalmente en tres áreas: liberación de precios, reducción de las barreras de ingreso al mercado y la incorporación de controles de calidad y normas, que dieron lugar entre otras consecuencias a la creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Este organismo es el responsable de garantizar la seguridad y la calidad de los productos, o de establecer la obligatoriedad en el uso del nombre genérico de un fármaco a prescribir⁵.

Bajo este marco, ANMAT se inscribe como autoridad regulatoria de referencia regional de acuerdo a los estándares internacionales definidos por la Organización Mundial de la Salud. En su desempeño exhiben un lugar central la agencia European Medicines Agency (EMA) y la estadounidense Food and Drug Administration (FDA), ya que por ejemplo las solicitudes de registro iniciadas ante ANMAT siguen un proceso de aprobación acelerado cuando el producto ya cuenta con la inscripción en FDA o EMA.

Sin embargo, más allá de algunas situaciones puntuales como el caso de la ANMAT, la etapa que comprende la última década del siglo pasado significó un claro retroceso a los fines de construir autonomía y mayor capacidad rectora del Estado. Entre 1991 y 1997 el precio de los medicamentos sufrió un aumento del 309%, mientras que la inflación en el mismo período fue del 114,8% (Tobar, 2004). Pero no solo el aumento de precios fue la única consecuencia. Más grave aún fue el ingreso de capitales financieros internacionales y su consolidación hegemónica en el campo de la salud.

Corresponde destacar en este sentido el nivel de concentración del mercado farmacéutico argentino, en el cual predominan los laboratorios privados de capital nacional especializados en el acondicionamiento y producción de medicamentos con patentes caídas. No obstante, las empresas farmacéuticas multinacionales se reservan un lugar relevante en el mercado, debido a la dinámica innovativa de los países centrales, siendo un nicho a considerar el de medicamentos de alto precio. En contraposición, los laboratorios públicos ocupan un lugar secundario, interviniendo de forma subsidiaria en mercados de bajo interés comercial. De acuerdo al último informe presentado por el Ministerio de Economía de la Nación (2022), para el canal farmacias solamente diez laboratorios⁶ concentran el 49% de la facturación de medicamentos.

Por otra parte, la industria farmacéutica en Argentina tiene un fuerte peso en las decisiones sanitarias cotidianas, particularmente en la conducta de los profesionales de la salud condicionando los patrones de prescripción. En un estudio publicado en 2005 se registró que el 86% de los médicos consultados refirió aceptar muestras médicas, el 39% manifestó recibir útiles de escritorio, el 19% inscripciones a congresos, el 12% invitaciones a cenas o almuerzos, y un 4% viajes. Quizás más interesante es que el 44% de los consultados refirió que estas conductas influyen en la forma de prescribir de los médicos en general, y un 25% aceptó que esta relación influye en su propia conducta al momento de recetar (Castresana *et al.*, 2005).

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS EQUIPOS DE SALUD

Al analizar la formación de los profesionales de la salud desde una perspectiva de soberanía sanitaria -haciendo especial énfasis en la formación médica- se observa que existe un importante consenso de que uno de los principales problemas de la educación en salud consiste en su tendencia médico hegemónica (Rovere, 2006).

Sin exagerar, se puede afirmar que durante todo el siglo XX en Argentina se formaron profesionales de la salud bajo el paradigma *flexneriano* de educación médica. Los aportes del pedagogo Abraham Flexner, a través del conocido Informe Flexner de comienzos del siglo XX para el debate de la formación médica en EEUU, se extrapolan muchas veces de forma acrítica y descontextualizada por todo el continente americano. Argentina no es la excepción (Spinelli, 2022).

Así, el flexnerianismo se ha constituido como la herramienta pedagógica que los sectores corporativos de la salud han logrado imponer en la educación de grado como el hegemónico. Se trata de un sistema pedagógico que no fomenta la capacidad crítica, que jerarquiza una noción estrictamente biológica de la salud y que ubica

al hospital de segundo nivel de atención (sobre todo la sala de internación) como único espacio formativo. A su vez, fomenta la hiper especialización por encima de los abordajes integrales de la salud y subsume la formación de los profesionales a meros instrumentos de prescripción de tecnologías médicas. Además, se coloniza la educación al no pensar en los problemas reales de salud de los y las argentinas, fomentando lecturas extranjeras en base a tratamientos (*gold standards*) a veces inexistentes o muy difíciles de financiar en el país (González-Flores y Luna de la Luz, 2019).

La salud colectiva en términos generales -en tanto corriente de pensamiento continental por el derecho a la salud- y los paradigmas críticos de educación en salud en particular, han cuestionado desde la década de los '70 estos supuestos y han planteado la necesidad de construir otros modelos pedagógicos y sobre todo otros escenarios formativos que aborden críticamente la manera en la que se forman los profesionales de la salud. Así han surgido en todo el continente nuevas currículas innovadoras -como las llevadas adelante en las Facultades de Ciencias Médicas de Rosario, La Matanza, Mar del Plata, del Sur (Bahía Blanca), entre otras, que buscan, desde sus particularidades locales, desencadenar procesos formativos desde una concepción integral de la salud. En estas experiencias se asume una mirada que implica la resolución de problemas complejos y se proponen alternativas basadas en cursadas comunitarias desde el primer año de las carreras, con perspectiva de derechos y de género. A pesar de contar con más de una década de experiencia en algunos casos, estas iniciativas todavía son muy jóvenes en el universo de la formación de los equipos de salud, pero constituyen ejemplos valiosos de la importancia de la formación de grado para discutir los perfiles profesionales que cada nación forma.

CONCLUSIONES

El logro de una soberanía sanitaria requiere actuar sobre las cuatro dimensiones propuestas en este trabajo. Por un lado, mediante una política unificada, dirigida desde el Estado que permita integrar al actualmente fragmentado sistema nacional de salud. Por otro lado, generando políticas particulares para cada una de las cuatro dimensiones propuestas.

Se requiere, asimismo, integrar las políticas en materia de salud con las científico- tecnológicas, precisando los problemas, abordándolos en toda su complejidad y planificando soluciones de mediano y largo plazo.

A su vez, es preciso recuperar experiencias latinoamericanas que puedan servir de referencia y retomar la tradición sanitaria nacional del país, sobre todo el legado de la obra llevada adelante por Ramón Carrillo a partir del año 1946 en el gobierno de Juan Domingo Perón, adaptando sus principales ejes a la realidad actual. Estos se pueden resumir en una política nacional y soberana de ciencia y tecnología que busque resolver los problemas y necesidades del desarrollo del país; una política de producción pública de medicamentos que se ocupe de garantizar medicamentos y tratamientos médicos accesibles para toda la población, en un círculo virtuoso de producción pública y privada, pero con fuerte control y orientación estatal; una política nacional de formación de los futuros profesionales de la salud con perspectiva de cuidados y centrada en los principales problemas de salud del país; y una política sanitaria con el suficiente poder político para coordinar primero los niveles del Estado entre sí, y luego ofrecer mejores servicios al sistema de seguridad social para poder establecer mejores condiciones al funcionamiento del subsector privado.

BIBLIOGRAFÍA

- Alzugaray, R. A. (2008). *Ramón Carrillo: El fundador del sanitarismo nacional*. Colihue.
- Blinder, D., Zubeldía, L., y Surtayeva, S. (2021). Pandemia, negocios y geopolítica: producción de vacunas en Argentina. En S. Colombo (Comp.), *Desarrollo y Políticas de Ciencia, Tecnología e Innovación en un mundo en transformación: Reflexiones sobre la Argentina contemporánea* (pp. 15-47). Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/142010>

- Campins, M., y Pfeiffer, A. (2018). La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010). *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, 9(9), 91-133. <https://ojs.econ.uba.ar/index.php/CEEED/article/view/1029>
- Codner, D. G., y Perrotta, R. M. (2018). Blind Technology Transfer Process from Argentina. *Journal of Technology Management & Innovation*, 13(3), 47-53. <https://doi.org/10.4067/S0718-27242018000300047>
- Castresana, L., Mejia, L. y Aznar, M. (2005). Actitud de los médicos frente a las prácticas de promoción de la industria farmacéutica. *Medicina (Buenos Aires)*, 65, 247-251. <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v65n3/v65n3a11.pdf>
- de la Puente, C., y de los Reyes, L. (2019). *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
- Fonseca, M. (2022, mayo 19). *Soberanía/s Episodio 04: Manuel Fonseca*. Videos UNLP. <https://www.youtube.com/watch?v=j05Ki8H-v7Q>
- Fundación Soberanía Sanitaria (2021). *Sistema Nacional Integrado de Salud. Bases para la discusión*. <https://soberaniasanitaria.org.ar/wp-content/uploads/2021/07/Sistema-Nacional-Integrado-de-Salud-Argentino.pdf>
- González-Flores, P., y Luna de la Luz, V. (2019). La transformación de la educación médica en el último siglo: Innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investigación en Educación Médica*, 30(2), 95-109. <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165>
- Haro Sly, M. J., y Liaudat, S. (2021). ¿Qué podemos aprender de China en política científica y tecnológica? *Ciencia, Tecnología y Política*, 4(6), 052. <https://doi.org/10.24215/26183188e052>
- Inoue, K. y Stumpo, G. (Coords.) (2018). *Explorando nuevos espacios de cooperación entre América Latina y el Caribe y China*. CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/43213>
- Ministerio de Economía, Secretaría de Política Económica (2022). Ficha sectorial de Industria Farmacéutica. Año 7 N°60, febrero de 2022.
- Rovere, M. R. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Santos, G., y Thomas, H. (2018). Producción pública de medicamentos: Desafíos para una política estratégica en materia de salud. *Ciencia, Tecnología y Política*, 1(1), 007. <https://doi.org/10.24215/26183188e007>
- Spinelli, H. (2022). Abraham Flexner: Trayectoria de vida de un educador. *Salud Colectiva*, 18, e4053. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4053>
- Tobar, F. (2004). *Políticas para la promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Pol%C3%ADticas-para-promoci%C3%B3n-del-acceso-a-medicamentos-El-caso-del-Programa-Remediar-de-Argentina.pdf>

NOTAS

- 1 Entendemos como un “efector de salud” a cualquier lugar donde se preste atención o servicios de salud. Existe una muy variada cantidad y diversidad de efectores de salud. Por regla general, pueden ser de primer, segundo o tercer nivel de atención (según la complejidad de tecnología biomédica con la que cuentan); y públicos, privados o de la seguridad social (según quién financie la atención brindada).
- 2 Según los últimos datos disponibles, en Argentina el gasto en salud contempla el 9,6% del Producto Bruto Interno, un par de puntos por encima de las recomendaciones de la OMS (de la Puente y de los Reyes, 2019). Este dato es importante porque el problema de la soberanía sanitaria es hoy en Argentina más una discusión de dónde se gasta ese dinero, que una discusión sobre la cantidad de dinero que se gasta.
- 3 Según la UNESCO, el desarrollo experimental es el orientado a la producción nueva o mejorada de materiales, productos, dispositivos, procesos o sistemas. La investigación básica, en cambio, es definida como aquella vinculada al trabajo sistemático teórico o experimental, orientado a generar conocimiento original sobre un fenómeno o hecho, y la investigación aplicada, aquella cuyo objetivo es resolver una necesidad específica o un problema práctico.
- 4 Normativa reglamentada en 2014.

- 5 Se agradecen los aportes sustanciales para la construcción de este apartado del Lic. Leandro Amoretti, Magíster en economía política argentina (FLACSO).
- 6 Roemmers, Elea Phoenix, Gador, Casasco, Bagó, Montpellier, Bailarda, Raffo, Sanofi Aventis y GSK Pharma. Excepto los últimos dos laboratorios, el resto de ellos constituyen empresas farmacéuticas de capitales nacionales.