

DIMENSIONES Y TAREAS PARA LUCHAR POR LA SOBERANÍA SANITARIA EN ARGENTINA

*Manuel Fonseca¹, Leandro Amoretti²,
Sebastián Murúa³, Sofía Malleville⁴*

La pandemia de COVID-19 profundizó las discusiones en torno a la soberanía, a las políticas sanitarias y a las enormes desigualdades en relación al acceso a la salud. Estos debates trascienden y atraviesan el campo sanitario y se enmarcan en la larga tradición de defensa y afirmación de nuestra soberanía política nacional.

Bajo este marco nos proponemos aportar a la discusión del concepto “soberanía sanitaria” en tanto orientación para la práctica política. Para ello analizaremos a la soberanía sanitaria a partir de cuatro dimensiones/tareas políticas sobre las que trabajar: organización de los efectores de salud; investigación y desarrollo; medicamentos y

1 Médico (UNLP). Especialista en Medicina General y Familiar (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires). Maestrando en Epidemiología, Gestión y Políticas en Salud (UNLa). Director de Redes Intersectoriales en Salud de la Presidencia de la UNLP. Docente de Salud Pública en Medicina (FCM-UNLP). Militante de la Misión de Salud Irma Carrica.

2 Magister en economía política argentina (Flacso). Coordinador comisión asesora de compra de medicamentos e insumos sanitarios Ministerio de Salud de la Nación.

3 Médico (UNLP). Psicólogo Social (Instituto Superior de Psicología Social-La Plata). Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires). Magíster en Salud Mental Comunitaria (UNLa). Docente de la carrera de Obstetricia (FCM-UNLP).

4 Licenciada y profesora en Sociología (UNLP). Integrante de la Dirección de Redes Intersectoriales en Salud, UNLP. Becaria doctoral CONICET con lugar de trabajo en el Laboratorio de Estudios en Sociología y Economía del Trabajo (IdiHCS, UNLP-CONICET). Docente de la carrera de Enfermería (FCM-UNLP; ISFT N°221).

tecnología sanitaria; y, por último, formación académica de los equipos de salud. Estas dimensiones son una abstracción más o menos pragmática para ordenar el debate desde nuestra perspectiva. Dicho de otra forma, la antítesis de la soberanía –la “dependencia sanitaria”– descansa a nuestro juicio en la dependencia económica, cultural, intelectual y organizativa que atraviesan estas cuatro dimensiones propuestas. Así, proponemos argumentos para ejercitar la reflexión y mejorar nuestras prácticas sanitarias. En definitiva, esperamos que ayude a trabajar mejor para garantizar el derecho a la salud.

Supera los alcances del presente trabajo sistematizar las diferentes definiciones de “soberanía sanitaria”, sin embargo cabe recuperar un conjunto de antecedentes relevantes. Entre ellos los aportes del sanitarista peruano Carlos Enrique Paz-Soldán, quien jerarquiza tempranamente el bienestar de los pueblos, en su trabajo *La OMS y la soberanía sanitaria de las Américas* (Paz-Soldan, 1949), y la producción teórica de Mario Rovere vinculadas a las capacidades estatales en la provisión de los servicios de salud (Rovere, 2006).

Creemos en el valor de la soberanía sanitaria⁵ como categoría política decolonial y contrahegemónica, construida y puesta en práctica desde una concepción de derechos. De este modo se contraponen a los intentos de disciplinamiento y subordinación en términos sanitarios de los países centrales que mercantilizan la salud y buscan volverla un negocio muy rentable.

Así resulta posible aproximarse al concepto de soberanía sanitaria como la capacidad de una nación de llevar adelante las acciones y los dispositivos, las políticas públicas y las estrategias necesarias para garantizar el acceso al derecho a la salud de todas las personas que la habitan sin condicionamientos (Teixeira, 2017).

Desde la perspectiva planteada en esta definición se desprende el rol protagónico del Estado en tanto único actor con la capacidad de conducir y orientar los diversos actores sociales y económicos vinculados al sistema sanitario argentino. Para ello se requiere de un pen-

5 Para ver más se sugiere Teixeira (2017).

samiento nacional situado, capaz de elaborar desde los problemas y las virtudes de nuestro país soluciones propias sin importar recetas extranjeras (Alzugaray, 2009). A continuación, presentamos las dimensiones mencionadas para discutir este concepto.

Organización de los efectores de salud

Nos referiremos a la organización de los efectores de salud en tanto problema para garantizar la soberanía sanitaria. No es el objetivo de este apartado explicar en detalle el funcionamiento de los efectores del sistema de salud argentino, sino más bien argumentar por qué la organización actual implica un problema para las personas.

Decimos esto porque la organización superpuesta, no coordinada y a veces contradictoria de los efectores de los tres subsectores de salud del sistema (público, de la seguridad social y privado) condicionan dos grandes características que dificultan el acceso a la salud del sistema: su fragmentación e inequidad en el acceso.

El hecho de que el sistema de salud sea cada vez más caro, y que el Estado haya con el tiempo relegado cada vez más terreno en su rol de árbitro regulador de ese sistema, condiciona un sistema fragmentado donde no existen reglas claras y donde el mercado impone condiciones.

El subsector público, financiado por el Estado en sus niveles nacional, provincial y municipal, es el único que se encuentra organizado por niveles de atención. Esta organización pretende establecer un sistema de cuidados progresivos desde la menor complejidad médica hasta la mayor. Busca brindar atención a todas las personas que habitan nuestro país. Al menos el 36% de la población accede al sistema de salud por este subsector y contempla el 2,7% del gasto total del PBI del país⁶. Los procesos de descentralización administrativa sin

6 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. Este dato es importante porque el problema de la soberanía hoy es más

descentralización de recursos, característicos del neoliberalismo en nuestro país, condicionan sistemas locales y provinciales desfinanciados y con dificultades para afrontar sus responsabilidades, y un Ministerio Nacional prácticamente sin efectores propios y con poca capacidad de integrar los distintos niveles de atención. (Fundación Soberanía Sanitaria, 2021).

El subsector de obras sociales brinda cobertura al 50% por ciento de la población del país. Contempla el 3,8% del gasto total del PBI Argentino. Contiene casi 300 obras sociales con muy disímil organización interna y capacidad de respuesta. El financiamiento de este subsector es mixto entre trabajadores y empleadores, que en general pagan por servicios del subsector privado para acceder a la salud por no contar con efectores propios ni establecer coordinaciones con el subsector estatal. Las políticas del neoliberalismo en nuestro país desregularon las obras sociales atentando contra su lógica solidaria y restando capacidad resolutive a este subsector⁷.

El 14% de la población del país accede a la salud a través del subsector privado (prepagas y pago de bolsillo). Contempla el 2,8% del gasto del PBI nacional. Este sistema no se inscribe en la lógica solidaria de los dos anteriores, busca como cualquier negocio su mejor tasa de ganancia. Muchas veces, la filosofía de este sistema 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).

Como vemos, existe una falta de coordinación de los niveles 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 subsector de prepagas. El Estado no logra imponerse como un árbitro capaz

una discusión de dónde se gasta ese dinero y no tanto una discusión sobre la cantidad de dinero que se gasta.

7 El sistema de solidaridad interna pregona una triple dimensión donde el más joven aporta por el más viejo, el sano por el enfermo y el trabajador que más dinero gana por el que menos gana.

de orientar un sistema desordenado y fragmentado beneficioso para quienes consideran la salud como una mercancía.

Investigación y desarrollo

Un aspecto central para pensar la soberanía de una nación es la investigación científica que se realiza y la matriz de desarrollo productivo que la sostiene. Valen la pena algunas preguntas: ¿qué políticas de ciencia y tecnología en general tiene la Argentina? ¿Cuánta inversión en Investigación y Desarrollo realiza? ¿En qué áreas específicas y para resolver qué tipo de problemas?

Según la CEPAL (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 experimental⁸. 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 a nuestro país (el caso de China es paradigmático, orientando sólo 5% en investigación básica, 10% en aplicada y 85% en desarrollo experimental).

Para complementar este dato y comprender la matriz dependiente y periférica de nuestro país en este tema, es preciso describir de forma breve el proceso de transferencia ciega de tecnología que Codner y Perrota (2018) describen de la siguiente forma: el 80% de las investigaciones financiadas en nuestro país 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

8 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.

de las mismas en organismos privados extranjeros. A su vez, la mitad de esas patentes se encuentran registradas en los Estados Unidos.

En pocas palabras, casi la totalidad de la investigación básica y aplicada biomédica de nuestro país (que cuenta con una tradición importante aportando tres de los cinco premios Nobel con los que cuenta Argentina) es usufrutuada por capitales extranjeros que casi no invierten en investigación básica, sino que utilizan la generada en países periféricos para realizar desarrollo experimental.

Medicamentos y tecnología sanitaria

El análisis de los impactos de las innovaciones sanitarias requiere recuperar momentos de la historia de la salud pública 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.

La regulación por parte del Estado en el campo de la salud comprende siempre desafíos y el desarrollo de tensiones, con actores de peso. A lo largo del siglo XX podemos rastrear diferentes políticas estatales que consideramos fuertes apuestas en la puja por aumentar los niveles de soberanía sanitaria en materia de medicamentos y tecnologías. Políticas y estrategias que, como veremos más adelante, se enmarcan en la tensión del Estado por aumentar los niveles de control sobre el mercado, que intenta desligarse de estas.

Entre las iniciativas estatales en materia de medicamentos y tecnologías se destacan: la creación del Instituto Bacteriológico en 1914; la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la UBA fundada en 1957, separándose de la Facultad 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; el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) creado 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; la articulación regional en materia sanitaria y de acceso a medicamento iniciada a través de la Unión de Naciones Sudamericanas (UNASUR) en el año 2008; y la última, y de las más importantes, la sanción en 2011 de la Ley 26.688, que declaró de interés nacional la “investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos”, entendiendo a los mismos como bienes sociales con el objetivo de promover su accesibilidad a través de laboratorios de producción pública (Campins M. Pfeiffer A. 2017).

Sin embargo, pese a los esfuerzos de los últimos años, las reformas neoliberales de la década del noventa impactaron en la capacidad de regulación del Estado sobre la industria. La política desreguladora sobre el mercado se centró en tres componentes principales: liberación de precios, reducción de las barreras de ingreso al mercado y control de la calidad y de normas. Estas medidas implicaron algunos avances como la creación de la ANMAT en tanto organismo responsable de garantizar la seguridad y la calidad de los productos, o la obligatoriedad en el uso del nombre genérico del fármaco a prescribir, pero que a fines del objetivo de construir autonomía y mayor capacidad rectora del Estado significó un claro retroceso. Políticas que, como marca Tobar (2004), generaron un claro aumento del precio de los medicamentos. 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 % (Rapoport, 2011). Pero no sólo el aumento de precios fue la única consecuencia, sino el ingreso masivo en el campo de salud y su consolidación hegemónica como actor central de capitales financieros internacionales con fuerte capacidad de lucro (Tobar, 2004).

Cuando nos referimos al complejo médico industrial, hacemos referencia tanto a la industria farmacéutica como a la industria de producción de tecnologías e insumos médicos. Para dimensionar el peso de esta industria podemos ver los registros del INDEC. Según

este organismo en el primer trimestre de 2021 solamente la industria farmacéutica facturó \$111.174,3 millones que, si se comparan con los aproximadamente \$158.370 millones que aprobó como presupuesto nacional el Congreso de la Nación para todo el 2021, puede percibirse su peso real en términos económicos. De este total, el 57,3 % está recaudado a partir de fármacos dirigidos al aparato digestivo y metabólico, con antineoplásicos e inmunosupresores, con el sistema nervioso y el sistema cardiovascular (INDEC, 2021).

La industria farmacéutica tiene un fuerte peso en las decisiones sanitarias cotidianas. Existe evidencia de que la conducta de los profesionales de la salud sigue recibiendo influencias de la industria farmacéutica. Concretamente, condiciona los patrones de prescripción. En un estudio se registró que el 86 % de los médicos 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 médicos 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).

A contramano de la tendencia descripta, la Ley 26.688 constituye un punto de partida y una posible solución al problema del acceso a los medicamentos por parte de la población. Como describen Santos y Thomas (2018), en 2018 existían 39 unidades productoras de las cuales 29 correspondían a laboratorios industriales y 10 a farmacias hospitalarias. Sin embargo, un 66 % de estos laboratorios industriales se encontraban en 4 jurisdicciones: Buenos Aires, CABA, Córdoba y Santa Fe. A su vez, sólo 9 de los 29 laboratorios tenían habilitadas sus plantas de producción. Un dato interesante tiene que ver con el desarrollo de productos pertenecientes al vademécum establecido por el Ministerio de Salud de la Nación y al registro en la ANMAT de principios activos correspondientes a los 20 medicamentos más vendidos en el mercado. En este sentido es evidente que este sector tiene una gran potencia para constituirse en un sector estratégico en el campo de la salud (Santos y Thomas, 2018).

Recapitulando, destacamos nuestra tradición nacional, y los logros y las tensiones entre el Estado y el mercado, en particular luego de la desregulación impulsada en la década del 90. Sistematizar estas experiencias, impulsar la producción pública, promover información de calidad y contrarrestar la influencia de la industria sobre los trabajadores/as de la salud, constituyen desafíos necesarios para construir soberanía sanitaria.

Formación académica de los equipos de salud

Analizada la formación de los profesionales de la salud desde una perspectiva de la soberanía sanitaria –y haciendo especial énfasis en la formación médica– existe el consenso de que uno de los principales problemas de la educación en salud consiste en la tendencia médico hegemónica de la misma (Rovere, 2006).

Sin exagerar, podemos decir que durante todo el siglo XX en Argentina se formaron profesionales de la salud bajo el paradigma flexneriano de educación médica. El mismo constituye un sistema pedagógico autoritario, que no fomenta la capacidad crítica, que jerarquiza una noción estrictamente biológica de la salud y ubica al hospital de segundo nivel como único espacio formativo, que fomenta la hiper especialización por encima de los abordajes integrales de la salud y que subsume la formación de los profesionales a meros instrumentos técnicos 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 nuestro país (Flores, 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 cuestionen la manera en la que se forman los profesionales de la salud.

Así han surgido en todo el continente y en nuestro país las nuevas currículas innovadoras –como las llevadas adelante en las Facultades de Ciencias Médicas de Rosario, Matanza, Mar del Plata, del Sur, entre otras– que buscan desde sus particularidades locales desencadenar procesos formativos desde una concepción integral de la salud, para el trabajo desde la resolución de problemas complejos, basadas en cursadas comunitarias desde el primer año de las carreras, y 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

En el transcurso del capítulo intentamos definir lo que para nosotros implica la soberanía sanitaria y describir las dimensiones que constituyen problemas centrales para construir esta soberanía (por ende, las dimensiones que para nosotros garantizan la dependencia sanitaria). De esta discusión surge que hace falta una política unificada que busque integrar un sistema de salud nacional que se encuentra fragmentado, y políticas particulares que aborden las cuatro dimensiones propuestas. En definitiva, retomar la tradición sanitaria nacional del país, sobre todo el legado de la obra llevada adelante por el Dr. Ramón Carrillo a partir del año 1946 en el gobierno de Juan Perón y buscar, sin copiar ni pegar, soluciones a los problemas presentados: una política nacional y soberana de ciencia y tecnología que investigue y busque resolver los problemas de desarrollo nacional del país; una política de producción pública de medicamentos

que se ocupe de garantizar medicamentos y tratamientos médicos en general accesibles para toda la población en un círculo virtuoso de producción pública y privada pero con fuerte control y orientación estatal; un 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 y condiciones al sistema de seguridad social para poder poner mejores condiciones al funcionamiento del subsector privado.

Referencias bibliográficas

- Alzugaray, R. A. (2009). *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional*. Ediciones Colihue. Buenos Aires, Argentina.
- Campins M., Pfeiffer A. (2017). “La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010)”. Anuario (Cent. Estud. Econ. Empresa Desarro.) Vol. 09, Nro. 09 (2017), pp. 91-133.
- Castresana L. et. al. (2005). “Actitud de los médicos frente a las prácticas de promoción de la industria farmacéutica”, *Medicina (Buenos Aires)*, nro. 65, pp. 247-251.
- CEPAL (2018). Explorando nuevos espacios de cooperación entre América Latina y el Caribe y China. Naciones Unidas, Santiago. Disponible en <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43213-explorando-nuevos-espacios-cooperacion-america-latina-caribe-china>
- Codner, D. y Perrotta, R. (2018). “Blind Technology Transfer Process from Argentina”, *Journal of Technology, Management and Innovation*, 13, (3).
- Flores, P. G. (2019). “La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1)”. *Inv Ed Med*. Vol. 8, n.º 30.

- Fundación Soberanía Sanitaria (2021). Sistema Nacional Integrado de Salud, Bases para su discusión. Informe.
- INDEC (2021). Industria Farmacéutica Argentina, primer trimestre 2021, Industria manufacturera Vol. 5, n° 16.
- Ley 26.688 (2011). Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=185041>
- Paz-Soldán C. E. (1949). *La OMS y la soberanía sanitaria de las Américas*. Lima, Perú: Publicaciones del Instituto de medicina social de la Universidad Mayor de San Marcos.
- (1954). *La solidaridad de las Américas ante la salud. Un testimonio personal. El Cuatrenio 1924-1927*. Biblioteca de Cultura Sanitaria del Instituto de Medicina Social de la Universidad de San Marcos. Lima, Perú.
- Rapoport, M. (2011). “Una revisión histórica de la inflación argentina y de sus causas”. En Vázquez Blanco, J.M. y Franchina, S. (comps.), *Aportes de la Economía Política en el Bicentenario*. Ed. Prometeo, Buenos Aires, pp. 135-165.
- Rovere, R. M. (2006). Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, E.U.A.
- Salas E. (s/f). “Arturo Oñativia y la Ley de Medicamentos”. Disponible en: <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/arturo-onativia-y-la-ley-de-medicamentos/>
- Santos, G. Thomas, H. (2018). “Producción pública de medicamentos: desafíos para una política estratégica en materia de salud”, *Ciencia, Tecnología y Política*, vol. 1, nro. 1. Universidad Nacional de La Plata.
- Teixeira, M. F. (2017). El consejo de salud de Unasur y los desafíos para la construcción de soberanía sanitaria. Tesis doctoral. Brasil: Fundación Oswaldo Cruz.
- Tobar F. (2004). Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Washington D.C.: BID, Departamento de Desarrollo Sostenible.