

Paradigmas de salud y políticas de medicamentos. Continuidades y rupturas en el caso argentino en la etapa posguerra hasta finales del siglo XX.

Health paradigms and drug policies. Continuities and ruptures in the Argentine case in the postwar period until the end of the 20th century.

Autor: Leandro Gamba^a.

a: Médico. Dirección de Atención Primaria. Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina. Especializando en Medicina Familiar y General en de Federación Médica de Córdoba- Secretaria de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba. Tesista Maestría de Salud Pública FCM-UNC. Miembro del equipo de investigación del Centro de Farmacoepidemiología y Uso Racional de Medicamentos, Escuela de Salud Pública y Ambiente FCM-UNC. Investigador Adherentes al Grupo de Trabajo Salud Internacional y Soberanía Sanitaria del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Autor de correspondencia:

Leandro Gamba.

E-mail: leandrogamba87@gmail.com

Recibido: 28/02/2020

Aceptado: 17/04/2020

RESUMEN

En este trabajo se recuperan elementos conceptuales relacionados con los paradigmas en salud, así como sus implicancias históricas en torno a la cuestión de los medicamentos. La salud internacional, el panamericanismo y la nueva agenda de salud global se ubican como paradigmas hegemónicos con un fuerte anclaje desde una perspectiva biologicista donde la atención médica y los medicamentos juegan un papel predominante. La medicina social latinoamericana se presenta como un paradigma contra hegemónico desde una perspectiva que, orientada desde categorías sociales, analiza el proceso de salud de la población, en tanto colectivo y determinado por condiciones pre-existentes. Estos paradigmas signaron las políticas de salud de modo alternante. Se analizan, particularmente, el caso de las políticas de medicamentos en Argentina y cómo las estrategias en ese campo manifiestan características de dichos paradigmas. Se concluye que existieron continuidades y rupturas con éstos. También describe los preceptos de las organizaciones internacionales y su relación con lo que estaba pasando en el territorio nacional. Las políticas de medicamentos fueron un reflejo de la posición de los gobiernos de turno con vaivenes que expresan un debate sin resolver.

PALABRAS CLAVE: Modelos de atención de salud, salud pública, política nacional de medicamentos.

ABSTRACT

In this work, conceptual elements related to the paradigms in health are recovered, as well as their historical implications around the issue about medication. International health, pan-Americanism and the new global health agenda are located as hegemonic paradigms with a strong anchorage from a biological perspective where medical care and medication play a predominant role. Latin American social medicine is presented as a counter-hegemonic paradigm from a perspective that, oriented from social categories, analyzes the health process of the population, both collective and determined by pre-existing conditions. These paradigms alternately signified health policies. In particular, the case of medication policies in Argentina are analyzed, and how the strategies in this field show characteristics of said paradigms. It is concluded that, this paradigms showed continuities and breaks. It also describes the views under the precepts of international organizations and their relation to what was happening in the national territory. Medication policies were a reflection of the position of the governments in office with swings that express an unsolved debate.

KEYWORDS: Models of Health Care, Public Health, National Drug Policy.

INTRODUCCIÓN

El debate sobre la salud ha sido abordado desde diferentes paradigmas. El paradigma hegemónico es el modelo médico, sustrato base de la agenda de la salud internacional, el panamericanismo y la salud global. Un paradigma alternativo y contra hegemónico se expresa en la corriente de la medicina social latinoamericana. Indagar sobre los acontecimientos históricos que fueron marco de estos paradigmas es una herramienta que colabora con el análisis de las políticas aplicadas en diferentes países.

El presente trabajo se encuentra organizado en un primer apartado, en el que se realiza un repaso histórico sobre los paradigmas de salud y la noción de medicamentos derivada de ellos a nivel internacional desde el período de la posguerra hasta el inicio del siglo XXI. En segunda instancia, se analizarán estos aspectos en la República Argentina durante la etapa mencionada. Para ello, se utilizaron fuentes bibliográficas tales como artículos científicos y ensayos de referentes de las ciencias sociales, así como también, documentos históricos que dan cuenta de las posiciones de relevantes y diversos actores.

El objetivo que se persigue será dar cuenta de cómo las concepciones hegemónicas a nivel internacional propiciadas por los organismos internacionales, tales como, la Organización Mundial de Salud (OMS), Naciones Unidas, la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Banco Mundial y otros organismos de crédito internacional tuvieron continuidad y rupturas en Argentina.

PRIMERA PARTE: PARADIGMAS DE SALUD Y CONTEXTO INTERNACIONAL.

El Modelo Médico.

Eduardo Menéndez (1) refiere que el Modelo Médico (MM desde aquí) se instituye en los albores de la Revolución Industrial profundizando desde el siglo XIX etapa donde se instala, principalmente, en Estados Unidos y América. Dicho autor describe que *“las principales características estructurales del MM son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática...”* desconociendo a las condiciones sociales y económicas de las causas de enfermedad. Explica así los rasgos de lo que llamará la “biomedicina”, base conceptual del modelo de salud centrado en la atención médica y terapéutica a través de medicamentos que utilizaron los diferentes regímenes políticos-económicos dominantes como herramienta de legitimación ante sus respectivas sociedades.

En la misma línea, Brin y Richter (2) resaltan el rol que las entidades filantrópicas de EUA, como las fundaciones Rockefeller y Gates, tuvieron en la génesis de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones supranacionales de salud, así como tam-

bién, las diferentes estrategias que permitieron desde la agenda de salud internacional la hegemonía de una mirada sanitaria medicamentada, biologicista y fuertemente enajenada de los condicionantes sociales.

Las industrias química y farmacéutica formaron parte de la segunda oleada tecnológica que junto con el acero, la electricidad y el automóvil abrieron una nueva fase de la historia económica y social del mundo. La producción farmacéutica surgió en Europa hacia fines del siglo XIX como una rama especializada de la química orgánica capaz de proveer a los médicos de nuevas herramientas en su lucha contra las enfermedades infecciosas que proliferaban en las grandes ciudades. (3) Será desde entonces, un actor político y económico clave en la consolidación de la biomedicina como paradigma hegemónico de salud.

Posguerra: Disputas en la mirada de la salud.

Durante el período de posguerra y el advenimiento de la Guerra Fría, la disputa del capitalismo-comunismo precipitó que los Estados incrementen los recursos destinados a la salud asentándose el modelo en la lógica de curación-prevención, pilar de la biomedicina (1).

El Acta de Bogotá, documento elaborado por la Organización de Estados Americanos en 1960, promovería la ampliación de los servicios de salud nacional y local instituyendo una serie de ejes de trabajo que incluirían políticas nutricionales, de saneamiento ambiental y de provisión de agua potable, entre otros (4).

Este paradigma, denominado panamericanismo, será las coordenadas de la agenda de salud de los gobiernos desarrollistas de la época, estará caracterizada por el auge de las tecnocracias de los organismos internacionales, las ideas de descentralización del gasto, la visión de la enfermedad explicada de manera multicausal y la necesidad de prever medidas que mejoraran las condiciones básicas de las comunidades y permitieran el desarrollo económico, entre otros aspectos.

Ramacciotti (4) dirá que *“si en los años cincuenta la aspiración había sido centralizar y manejar los resortes legales, administrativos y financieros de las acciones sanitarias, en los sesenta, los roles del Estado serían los de asesorar, controlar y delegar la gestión en las comunidades y las iniciativas privadas.”* Para tal fin se promovieron programas para estimular la inversión extranjera y el desarrollo del sector privado mediante reformas tributarias, estabilización monetaria y la formación de mercados de capitales, etcétera.

Sin embargo, pese a los esfuerzos presupuestarios y el crecimiento económico de los países de América Latina, producto del modelo desarrollista, los magros indicadores de salud obtenidos darán lugar a una nueva corriente de pensamiento que cuestionará los preceptos biologicistas e instará a pensar la salud

a partir de las condiciones sociales e históricas de los pueblos. La medicina social latinoamericana disputará las ideas de enfermedad como consecuencia mono y multicausal, y delineará propuestas metodológicas y teóricas para estudiar los procesos salud-enfermedad desde una perspectiva política colectiva donde las condiciones socio históricas que preceden a la enfermedad no fueran ignoradas (5). Esto abrirá el debate a las relaciones de poder y asimetrías entre naciones y hacia dentro de las mismas, pondrá en discusión las condiciones de explotación del modelo capitalista e incorporará categorías de pensamiento, como la de “clase social”, a su matriz de análisis de la salud.

Los 70, etapa de tensiones: Entre dictaduras y los “medicamentos esenciales”

Las décadas del 70 y del 80 serán etapas de inflexión dentro de la agenda sanitaria regional y mundial. En una América Latina minada de dictaduras militares, el desarrollo de la agenda de la medicina social se verá fuertemente cercenado. El disciplinamiento vía represión y endeudamiento fueron, sin dudas, las condiciones necesarias para la implantación del modelo económico y cultural neoliberal en la región y, con él, una agenda de salud acorde a los intereses del capital internacional central, en detrimento del desarrollo de las naciones.

Por su parte, asomarán tensiones hacia dentro de la agenda de la OMS en una etapa que será relevante en el rumbo de dicho organismo. El fortalecimiento de la posición de los países no alineados con el bloque capitalista ni con el soviético, favorecerá un intento de redirigir la agenda de salud desarrollada por la institución.

En la Declaración de Alma Ata en 1978, la estrategia de Atención primaria de Salud (APS) allí consagrada, reflatara la idea de la salud como derecho humano y la necesidad de renovar esfuerzos en pos de atender a los determinantes sociales que condicionan la situación sanitaria en los países periféricos. Sin embargo, la APS se constituyó en una propuesta tan amplia como imprecisa (6). La declaración incluyó dentro de las acciones propias de la estrategia de APS el “suministro de medicamentos esenciales” (7), concepto acuñado en un informe elaborado por un comité de expertos presentado ante la Asamblea de la OMS, en el año 1977, definiendo a éstos como aquellos medicamentos “*básicos, indispensables e imprescindibles para atender a las necesidades de salud de la población*” (8). Dicho informe, en su fundamentación, resalta: la importancia de los medicamentos para una adecuada asistencia en salud; la preocupación por el extraordinario aumento en el número de productos farmacéuticos lanzados al mercado, sin que se haya observado un mejoramiento proporcional en el estado general de salud; la necesidad de generar regulaciones para la confección de los medicamentos, distribución, formación de los efectores de salud y regulaciones en relación a la comunicación y propa-

ganda de los productos medicinales.

De igual manera que con la estrategia de APS, la propuesta de garantizar “medicamentos esenciales” invita a preguntarse sobre qué finalidad engendraría. ¿Pretendía ser una forma de regular el auge de la industria del medicamento y bregar por el derecho a la salud? o, por el contrario, ¿sería la condición para favorecer que los Estados financien el acceso a estos medicamentos de sectores de la población que, de otra forma, no podrían haberlo hecho ensanchando así el mercado para las empresas farmacéuticas?

Ambas iniciativas son difíciles de ubicar en coordenadas ideológicas definidas y su amplitud, probablemente, pueda explicarse, al menos de manera parcial, por la tensión global de una guerra fría que hacía crujir a los organismos internacionales como la OMS.

Tan es así que, mientras en la década del 80, con el auge de un neoliberalismo que se planteaba hegemónico mundialmente, Estados Unidos promovió iniciativas de desfinanciamiento de este organismo “para protestar contra su regulación de los bienes y prácticas comerciales relacionados con la salud, en particular, los farmacéuticos y los alimentos infantiles”(2). En la década del 90 y con la OMS en una virtual parálisis, serán las organizaciones filantrópicas del norte global y las entidades crediticias las que tomarán el timón de la agenda de salud internacional y se apropiarán, definitivamente, de conceptos como “derecho a la salud”, “atención primaria de salud” o “acceso al medicamento”, utilizándolos como parte de sus dictados y recomendaciones, dándoles un sentido funcional a la ampliación de mercados para los capitales internacionales, ávidos de expandirse globalmente.

Los 90: Consolidación de la hegemonía neoliberal.

La década del 90 se caracterizó por la preeminencia del Consenso de Washington y el programa económico que fue aplicado en la mayoría de los países de la región, paraguas de una política de medicamentos que queda manifiesta en el documento “Invertir en salud” del banco mundial en 1993(9). Las recomendaciones allí realizadas abarcaban: la compra de “medicamentos esenciales” de manera centralizada por los países, a través de organizaciones internacionales de crédito, para los sectores que no pueden auto-dispensarse dichos productos; la erradicación de las restricciones a las importaciones de fármacos que al limitar la competencia, argumentaban, era la razón de que los precios aumenten(9); desaconsejaban las industrias nacionales de medicamentos, por el costo de desarrollo de las mismas y sugerían que, tal vez, se justificaban solamente la producción de los fluidos intravenosos, cuyo costo de transporte son relativamente altos, el envasado de productos importados a granel en las plantas de elaboración nacionales, y el envasado de sales de rehidratación oral; que muchas industrias nacionales

públicas o privadas sobreviven por medidas proteccionistas, pudiendo sus productos, adquirirse a menor costo en el extranjero(9).

Los medicamentos como bienes de consumo, defendidos desde la organización mundial de comercio, serán para quienes puedan pagarlos o para quienes accedieran vía programas sociales focalizados, subsidiados por el Estado mediante endeudamiento externo, generando una gran reserva de mercado, objetivo de los capitales farmacéuticos.

El comienzo del nuevo siglo, y ante la debacle económica ocasionada por la implementación de las recetas neoliberales, volverán a escena discusiones en materia de salud que habían quedado anuladas durante el década del 90. Se relanzará la agenda de salud internacional desde los preceptos de una nueva "salud global" (2) promovida por la OMS. Las entidades de crédito internacional y una reemergente participación de los sectores de la filantropía internacional, que reivindicando a la salud como un derecho humano, trazaron como objetivo central "el aprovechamiento de los avances en ciencia y tecnología para reducir la inequidad en salud" poniendo el acento de sus iniciativas en el gasto en vacunas, medicamentos y tecnologías médicas.

Como continuidad del documento "Invertir en salud" del BM, con idéntico título e igual sentido, la comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS emite un documento en el que exhorta a la comunidad internacional a incrementar el financiamiento para el sector salud mediante el aumento presupuestario destinado a este campo por parte de los gobiernos de bajos niveles de ingreso, con aumento de la inversión de parte de los donantes, sugiriendo los enormes dividendos que daría mejorar el paquete de servicios esenciales en dichos países. Al respecto, "La Comisión afirma que la creación de un sistema cercano al cliente (CAC) (sic)... operaría a nivel local, apoyado por programas de ámbito nacional para las principales enfermedades infecciosas, y podría estar integrado por una combinación de proveedores estatales y no estatales de servicios de salud, con financiación garantizada por el Estado".(10)

Producto del mencionado contexto internacional, Naciones Unidas en el año 2000 presentó *Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio*, declaración que expresa el compromiso de los líderes mundiales de afrontar las formas más básicas de injusticia y desigualdad del mundo: la pobreza, el analfabetismo y la mala salud. Relanzando la meta de garantizar medicamentos esenciales en los países periféricos mediante aumentos presupuestarios para dicho fin y la cooperación con la industria farmacéutica. (11)

Anne-Emanuelle Birn (12) dirá que la explosión de asociaciones público-privadas en los últimos decenios del siglo XX, fortalecidas en el período 2000-2002, como forma de mejorar la productividad económica y acumular lucros privados, harán que la agenda de "salud global" sea un pasaje del "business as usual" propuesto por la agenda de la salud internacional a un

"mucho más negocio de lo habitual".

En contraposición, y como propuesta contra hegemónica, la cumbre del Movimiento de Salud de los Pueblos intentará volver a discutir el sentido de Alma Ata y en el caso de medicamentos sugiere "desmitificar las tecnologías médicas y de salud (incluyendo los medicamentos) y exigir que estén subordinadas a las necesidades de salud de la población."(13)

En América latina, será el período de auge de gobiernos progresistas, durante el cual la discusión de medicamentos cobrará vigor nuevamente. Entrampados entre la voluntad política de ampliar el acceso de la población a los mismos y las fastuosas erogaciones de dinero necesarias ante una industria con funcionamiento oligopólico y rentabilidades por encima de otras áreas productivas, se promoverán diferentes iniciativas nacionales y regionales para encontrar alternativas superadoras que pueden ubicarse dentro de lo que se denominó la agenda del regionalismo pos liberal. Se abrió, entonces, una nueva etapa de debates en la ciudadanía sobre los modelos vigentes, las nociones de salud y el rol del medicamento.

SEGUNDA PARTE: EL CASO ARGENTINO.

Período de posguerra.

Las coyunturas globales y regionales serán condiciones ineludibles en el análisis de la trayectoria que las concepciones de salud tuvieron en Argentina. Sin embargo, dicho recorrido exhibe singularidades que explican, a priori, la situación en que este debate se encuentra en la actualidad en el país.

Hasta la década de 1940, las iniciativas de salud estuvieron orientadas por las sociedades de beneficencias. El cuidado de los enfermos se constituía en una actividad caritativa y las instituciones gubernamentales se limitaba al tratamiento de algunas afecciones con preparados medicinales artesanales elaborados en boticas. La Sección de Bacteriología de la Oficina Sanitaria Argentina, a cargo del Dr. Carlos Malbrán, sería la primera institución estatal orientada la formulación de presentaciones farmacológicas en 1883.

La industria Argentina farmacéutica tuvo un impulso marcado recién a partir de la década del 20 del siglo XX impulsada por inmigrantes, quienes constituyeron las primeras empresas privadas del sector con un rol, inicialmente, orientado a la importación de productos desde Europa. (3)

Con el advenimiento del peronismo en 1945, en un marco global de posguerra, se crea el Ministerio de Salud Pública, que orienta esfuerzos a atender la salud desde una perspectiva más integral. El programa sanitario utilizará los elementos de legitimación que representan el acceso a la atención y tratamiento (1) mediante la inversión en estructura hospitalaria y cierto aliento a la práctica liberal del recurso humano médico(4), pero el espíritu del programa estará dado por un proyecto político de ampliación de derechos

sociales, redistribución de la renta y un proceso de sustitución de importaciones que permitirá mejoras sustanciales en las condiciones de vida y de salud de la población

El Estado se asumirá como garante de la salud de las personas y, en materia de medicamentos, creará el “Laboratorio de Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA) con la finalidad de que la población tuviera acceso a medicamentos de buena calidad y bajo costo”, abocado al control de medicamentos de producción nacional pública y privada y de regulación de precios. Por su parte, se ampliaron las actividades del Instituto Malbrán con el objeto de responder a las demandas de sueros, vacunas y productos antibióticos, que llegaría a exportar a Uruguay. (16)

La implementación del Plan Marshall, que condicionó el ingreso de divisas y el desarrollo del modelo de sustitución de importaciones, tal vez pueda explicar que el impulso dado al Instituto Malbrán se detuviera y se fomentara la radicación de empresas internacionales de medicamentos en los últimos años del gobierno peronista.

El derrocamiento del presidente Perón en 1955 abrió una etapa política compleja, que en materia sanitaria estuvo atravesada por la profundización del injerencismo de los organismos internacionales como la CEPAL, la OMS y la OPS. Da cuenta de ello, que la evaluación de la estructura sanitaria argentina que había realizado en 1957 la Comisión de Consultores Internacionales, dependiente de la OPS, fue la base sobre la cual, se dio origen al proceso de descentralización de salud, mediante la transferencia de unidades hospitalarias desde nación a las provincias. (4)

Se promulgó una ley de inversiones extranjeras que facilitó la llegada al país de grandes empresas multinacionales, impulsando que laboratorios nacionales modernizaran sus plantas o firmaran acuerdos de representación con farmacéuticas internacionales para mejorar su eficiencia frente al incremento de la competencia interna, también, se implementó un régimen de actualización semiautomática de precios de medicamentos que permitió la recomposición de la tasa de ganancia del sector. (3)

Conceptos como “planificación”, “administración” y “evaluación”, serían incorporados como parte de un cientificismo médico que, hegemónico en la etapa, sería parte central de los requerimientos para acceder al financiamiento externo, como el fondo de asistencia para el desarrollo social creado por el Acta de Bogotá, e implementado a través del BID. Paradójicamente, este fue el contexto que permitió el ingreso de las ciencias sociales al campo de la planificación en salud. Además, durante ésta etapa se producirían las primeras experiencias de comunitarismo, esbozadas bajo las lógicas de una salud descentralizada y auto-gestionada por las comunidades, que daría lugar a una incipiente participación social en la cuestión sanitaria. (4)

Mientras se promovía mejorar condiciones para

iniciativas privadas desde la agenda del panamericanismo, contrariamente, el gobierno del Dr. Arturo Illia promulgó la Ley Oñativia que estableció fuertes regulaciones a la producción de medicamentos, su comercialización y precios, al tiempo que alentaba la producción pública, entre otros aspectos, que derivaron en una confrontación con el sector privado farmacéutico y, con cierto consenso en la bibliografía, fue determinante en el derrocamiento de su gobierno. Durante dicho gobierno se crearía, además, el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, institución modelo en materia de producción pública de medicamentos hasta nuestros días. (16)

Los 70: El medicamento bajo las reglas del mercado.

La crisis capitalista de mediados de los años 70 inauguró el período de políticas neoliberales en la región. El modelo requería de sociedades desmovilizadas y en la mayoría de los países de América Latina se logró vía golpes militares, siendo Argentina un caso paradigmático. (14)

El terrorismo de Estado también alcanzó a referentes del sanitarismo, especialmente a aquellos que indicaban la inequidad y las condiciones de pobreza como determinantes de la salud. En esta etapa, se profundizó la descentralización de instituciones de salud desde el gobierno central hacia los provinciales, en un proceso de desfinanciamiento que se agudizaría durante los 90. La dictadura dejaría como legado la destrucción de la industria local, el endeudamiento externo y la concentración de la riqueza.

Durante la década de 1980, se debe rescatar la iniciativa que en el gobierno del Dr. Raúl Alfonsín promovió el acceso a medicamentos de los sectores más desprotegidos, mediante el fondo de asistencia que subvencionaba unos 200 productos, suministrados mediante la red hospitalaria pública. Ésta política tuvo una duración acotada, en parte, por las presiones ejercidas por la industria farmacéutica disolviéndose el programa en 1986. (17)

La década del 90, encontrará a Argentina dentro del “Nuevo Modelo Económico Latinoamericano”, construido sobre estándares establecidos en el Consenso de Washington (18). Los ejes de éste, fueron la desregulación de los mercados y el achicamiento del gasto fiscal, de los que la salud y el acceso al medicamento no quedarían exentos. Las transformaciones estructurales de esta etapa, quebrarían el modelo de sustitución de importaciones que sustentó la dinámica del sector farmacéutico durante las décadas anteriores promoviendo nuevas estrategias productivas y comerciales en el sector. (19)

A la reducción y eliminación de barreras arancelarias, se le sumó la liberación de precios con la expectativa de que la libre competencia regulara el precio de los fármacos a la baja, poniendo fin a las políticas intervencionistas. Se estableció un proceso de armonización de normas y estándares de calidad

que derivaron en la conformación de la Autoridad Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la sanción de la ley de patentes y propiedad intelectual y el INPI (Instituto Nacional de Propiedad Intelectual), requerimientos de un contexto globalizador que, a partir de acuerdos internacionales, establecía nuevos marcos que permitieran la circulación internacional de productos. (20)

Entre el año 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujo del 56,9% al 48,5% y la participación de las multinacionales se incrementó del 43,1% al 51,5% (CAEME, 2001). (21) Este proceso de extranjerización y concentración, fue funcional a un aumento de precios de los medicamentos que determinó que Argentina sea el quinto país más caro del mundo en este rubro. Sin embargo, durante esta etapa y en pos de dar respuesta a las serias dificultades para acceder a productos medicinales de parte de la población, en numerosas jurisdicciones provinciales y municipales, se reactivaron instituciones de producción pública de medicamentos. (21)

Para el año 2002, en Argentina, tras una década de neoliberalismo (22) se observó un 57,5% de pobres y un 27,5% de indigentes, mientras que el desempleo era del 24,1% y el subempleo alcanzaba 18,6%, lo que determinó una retracción de la población con cobertura de obras sociales y prepagas aumentando el gasto de bolsillo que las familias destinaban a salud, representando los medicamentos el 73% del éste. Tobar señala que *“Casi el 23% de los hogares informó que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. De ellos un 44% afirmó que la razón era “falta de dinero” para pagar los medicamentos.”*(20)

Fue partir del año 2002, y como consecuencia de la profunda crisis social, cuando Argentina abrió debates en muchos campos que habían quedado clausurados durante la hegemonía neoliberal. El campo de la salud y el del medicamento en consecuencia, adquirió un lugar preponderante.

CONCLUSIONES

Las políticas de medicamentos implementadas en Argentina durante el período analizado en el presente trabajo, experimentó profundos vaivenes.

Por un lado, vemos que en el momento comprendido desde 1945 hasta mediados de la década del 60, se jugaron tensiones de dos miradas, la primera de ellas que entendió al estado en un rol activo respecto a la política de medicamentos debido a su condición de bien social; y otra que favoreció el desarrollo del sector privado en consonancia con una mirada del medicamento como un bien de mercado.

Una segunda etapa, en la que el contexto hegemó-

nico de la racionalidad neoliberal propició un marco de acceso a los medicamentos ligados a los intereses privados que el Estado incentivó, podemos observar que la comprensión del medicamento fue la de mercado, en tanto bien de consumo. De todas maneras, podemos notar un pequeño paréntesis en la política llevada a cabo durante la gestión presidencial de Alfonsín, con la creación del Fondo de Asistencia a Medicamentos.

Como se puede observar a lo largo de la etapa analizada existieron continuidades y rupturas entre los preceptos de los organismos internacionales y aquello que sucedía en el territorio nacional. Las políticas de medicamentos (y las nociones de salud que las fueron acompañando) no estuvieron signadas por políticas de estado a largo plazo -a pesar de que haya habido intentos de esto-, sino más bien, fueron el reflejo de la posición de los gobiernos de turno. Tal situación, cristaliza una falta de consenso sobre la salud y el rol de los medicamentos a nivel político.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menendez EL. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005;; p. 9-32.
2. Birn AE, Richter J. El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. Medicina Social. 2016;; p. 135-152.
3. Campins M, Pfeiffer A. La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010). Anuario Centro De Estudios Económicos De La Empresa Y El Desarrollo. 2018.
4. Ramacciotti KI. Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina. Rev Cienc Salud. 2014;; p. 85-105.
5. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. Rev Panam Salud Publica. 2002;; p. 128-136.
6. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. SAÚDE DEBATE. 2018;; p. 315-327.
7. Organization TPAH. The Pan American Health Organization. 2012..
8. Expertos. OMDISSdMelduCd. Organización Mundial de la Salud. 1977..
9. Mundial B. Banco Mundial. [Online].; 1993 [cited 2019 octubre. Available from: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282>

- 171468174893388/pdf/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf.
10. 100.OMS. Informe de la Comisión Mundial de la OMS sobre Macroeconomía y Salud. In ,2002; Ginebra.
11. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2005 [cited 2020 Febrero. Available from: https://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf.
12. Birn AE. Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina. *Rev Panama Salud Publica*. 2011.
13. Pueblos AplSdl. Declaración para la Salud de los Pueblos. In ; 2000; Bangladesh.
14. Stolkiner A. Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. *Medicina Social*. 2010;; p. 89-95.
15. Ordoñez MA. Ramón Carrillo, El Gran Sanitarista Argentino. *Electroneurobiología*. 2004;; p. 144-147.
16. Ramacciotti KI, Romero LA. Capacidades de investigación y regulaciones estatales sobre medicamentos en la Argentina (1946-2014). In IX Jornadas de Sociología de la UNLP; 2016; La Plata: Actas publicadas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.
17. NOVICK, Susana. "La salud en los planes nacionales de Desarrollo: Argentina 1964-1989". En: 7. DOMÍNGUEZ M O N, A et alt.. 2000.Página 41.
18. Katz J, Stumpo G. Regímenes Competitivos sectoriales, productividad y competitividad internacional. *Serie Desarrollo Productivo, Naciones Unidas*. 2001.
19. Abrutzky R, Godio C, Bramuglia C. Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario CEEED*. 2010;; p. 59-90.
20. Tobar F. Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina. ; 2004.
21. Román V, Di Salvo T. LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA: NOTAS PARA SU ANÁLISIS. *SaberEs*. 2010;; p. 73-93.
22. Maceira D. Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. ; 2009.
23. Godio C, Abrutzky R, Bramuglia C. INSTITUTO ARGENTINO PARA EL DESARROLLO ECONÓMICO. [Online].; 2017 [cited 2020 enero. Available from: <http://www.iade.org.ar/noticias/la-salud-como-bien-social>.
24. Sanahuja JA. Del "regionalismo abierto" al "regionalismo post-liberal". Crisis y cambio en la integración regional en América Latina.