



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS
SOCIALES

-SEDE ACADEMICA ARGENTINA-

PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

**Derecho a la salud y crisis institucional: los
medicamentos para VIH/sida durante la emergencia
sanitaria del año 2002 en Argentina**

Autora:

Marisel Colautti

Directora:

Silvia Levin

Co director:

Mario Rovere

28 de Abril 2020

“Las necesidades se pueden suplir a través de la caridad pero los derechos no dejan espacio alguno para la caridad. Se centran en el cumplimiento de obligaciones en un verdadero contrato social, y se debe luchar para que se cumplan”

Claudio Schuftan (2005)

Resumen

Las dificultades para garantizar el suministro de medicamentos para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) son recurrentes ante el avance de políticas de ajuste. En Argentina, el engranaje que sostiene el cumplimiento de obligaciones en salud pública es permeable a las crisis. El problema se focalizó en el momento más agudo de la crisis a partir de diciembre de 2001, y se trabajó desde la perspectiva de Oszlak y O'Donnell. El objetivo general de la investigación fue indagar las políticas públicas generadas e implementadas por el nivel nacional, desde la intervención de distintos actores con el fin de garantizar el suministro de antirretrovirales específicos para el VIH/sida durante la crisis del año 2002. Se trabajó con un abordaje cualitativo, se utilizaron expedientes de la gestión de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación y se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a actores clave según su rol durante la emergencia sanitaria. El análisis se realizó según las categorías: Estado, industria farmacéutica y sociedad civil. Los resultados revelan que los gestores del Ministerio de Salud registraron los esfuerzos para cumplimentar con lo necesario para la atención de las personas viviendo con VIH/sida (PVVS). Los organismos de control del Estado se mantuvieron en posturas rígidas y la agencia reguladora nacional de medicamentos apoyó a la industria farmacéutica privada. Los organismos internacionales tuvieron un doble rol: intentaron garantizar el derecho a la salud y direccionaron fondos según sus reglas. La industria farmacéutica privada nacional presionó al Estado para ser beneficiada mientras que los laboratorios de producción pública no fueron considerados. Las PVVS lograron ser parte de la agenda del Estado haciéndose visibles, exponiendo su sufrimiento y su tragedia como víctimas de la vulnerabilidad programática. La reconstrucción realizada muestra que el campo de la salud pública es un campo de fuerzas en reorganización constante, un campo que habilita y renueva preguntas de investigación, que exige perspectivas interdisciplinarias para el diseño y rediseño de políticas públicas que garanticen el derecho a la salud como un derecho humano.

Abstract

Difficulties in guaranteeing the supply of medicines for the treatment of the human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome (HIV / AIDS) are recurring in view of the advancement of adjustment policies. In Argentina, the gear that sustains the fulfillment of public health obligations is permeable to crises. The problem was focused on the most acute moment of the crisis from December 2001, and it was worked from the perspective of Oszlak and O'Donnell. The general objective of the research was to investigate the public policies generated and implemented by the national level, from the intervention of different actors in order to guarantee the supply of specific antiretrovirals for HIV / AIDS during the 2002 crisis. Qualitative approach was used and medication management records from the National Ministry of Health were used while semi-structured individual interviews were conducted with key actors according to their role during the health emergency. The analysis was carried out according to the categories: State, pharmaceutical industry and civil society. Results reveal that the managers of the Ministry of Health recorded the efforts to fulfill what is necessary for the care of people living with HIV / AIDS (PLHIV). The state control agencies remained rigid and the national drug regulatory agency supported the private pharmaceutical industry. International organizations had a double role: they tried to guarantee the right to health and directed funds according to their rules. National private pharmaceutical industry pressured the State to be benefited, while public production laboratories were not considered. PLHIV managed to be part of the State's agenda by making themselves visible, exposing their suffering and tragedy as victims of programmatic vulnerability. The reconstruction carried out shows that the field of public health is a field of forces in constant reorganization, a field that enables and renews research questions, which requires interdisciplinary perspectives for the design and redesign of public policies that guarantee the right to health as a human right.

Agradecimientos

El camino recorrido para llegar hasta acá fue una construcción colectiva y agradezco la oportunidad de haberlo transitado. Agradezco especialmente a Silvia Levin por confiar en mí, por aceptar dirigirme, por estar siempre en lo que necesité, por brindarme devoluciones enriquecedoras y por alentarme a seguir creciendo como investigadora. Muchas gracias a Mario Rovere por pensar conmigo el problema de investigación.

Agradezco a aquellos que me ayudaron a “abrir el campo”, fue mucho el tiempo y las energías invertidas en contactar a distintas personas para luego unir diferentes pistas, solicitar reuniones y encontrar rastros para reconstruir el proceso que me interesó investigar. Allí estuvieron: Laura Bugna, Claudio Bloch, el equipo de trabajo de Carlos Falistocco, Alexis Biscay y Mario Pecheny.

A Natalia, Ramiro, Susana, Alejandra y Anita de la Dirección de Despacho de la Subsecretaría de Coordinación Administrativa de la Secretaría de Coordinación del Ministerio de Salud de la Nación, gracias por su generosidad, gracias por: abrir la puerta, darme un espacio, aceptar mi presencia dentro de sus oficinas, las mañanas y tardes compartidas. Sin duda, ese lugar permitió el gran giro de la investigación.

Muchas gracias a todas las personas que me ofrecieron su tiempo para las entrevistas: Carlos P, Adriana, Eleonora, Jorge, Carlos F, Pedro, Ginés, Sonia, Claudio y Gabriela.

Muchas gracias al Programa de Doctorado de FLACSO, especialmente a Isabella Cosse, me enseñó mucho más que aspectos metodológicos y de abordaje de una investigación. Isabella enseña con su mirada, con su paciencia, con el amor y dedicación que pone en su tarea; construye espacios de trabajo basados en el respeto y la confianza. En ese espacio, gestionado por el azar, encontré a: Silvana, Ximena, Francisca, Rodrigo y Raúl, compañeras y compañeros con los que compartimos angustias, alegrías, lecturas, consejos y recreos. A mi compañera de viajes y de estadías en Buenos Aires, Sol Mora, por tantos momentos compartidos.

Agradezco también a mis compañeras y compañero de trabajo del Área Farmacia Asistencial de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y

Farmacéuticas de la UNR, Lucía, Nadia, Aldana, Leila, Luz y José por cubrir mis ausencias y por el apoyo en todo momento. A Vale, Maru y Mechy por sus lecturas, escucha y consejos. Por alentarme a seguir. Muchas gracias a Delia, de la coordinación de la Maestría en Salud Pública, gracias por la alegría, por sostenerme y comprenderme.

Muchas gracias a la gran red que me sostuvo todos estos años desde distintos lugares, una red de inmensas mujeres que hicieron más fácil este andar: mis hermanas, Eve y Luisi, mis cuñadas Ceci y Ani, mi suegra Graciela, mi amiga del alma Miriam y a Laura, apoyo logístico fundamental en casa.

A mi mamá Griselda y mi papá Sergio por confiar en mí, por estar siempre, por permitirme caminar por un territorio desconocido para ellos, por enseñarme que con esfuerzo y pasión, todo se puede alcanzar.

A mi compañero de vida, Oscar, por su paciencia y apoyo, porque no dudó en que iba a lograrlo y se amoldó a nuevas rutinas, a mis idas, vueltas y a fines de semanas enteros frente a la computadora.

A mis niñas, Julia y Alina, porque la mayor parte de sus vidas, hasta aquí, tuvieron a una mamá que convivía con una tesis. Porque sin entender completamente lo que estaba haciendo respetaron y se acomodaron a mis tiempos, con la flexibilidad y la alegría que nos regala la niñez. Esta tesis es especialmente para ellas, es parte de mi legado, porque está hecha con pasión y esfuerzo, ingredientes esenciales para todo lo que se propongan en la vida. Y también es para mis abuelas, Elsa e Irma, porque es imprescindible reconocerlas.

¡Muchas gracias!

Marisel
Abril 2020

Índice

Lista de abreviaturas.....	8
Introducción	10
Desarrollo metodológico	19
Parte 1 Derecho a la salud y políticas públicas para el VIH/sida: la protección del Estado	26
<i>Capítulo 1 Derecho a la salud y las agencias internacionales desde una perspectiva latinoamericana: VIH/ sida en la agenda de salud internacional.....</i>	<i>27</i>
<i>Capítulo 2 Crisis institucional: las obligaciones del Estado argentino en la respuesta al VIH/ sida</i>	<i>46</i>
<i>Capítulo 3 Políticas con enfoque de derechos, ciudadanía y universalidad: la adquisición de medicamentos para PVVS garantizados por el Estado.....</i>	<i>76</i>
Parte 2 Derecho a la salud e innovación, ciencia y tecnología. Los proveedores del Estado	105
<i>Capítulo 4 Los antirretrovirales: medicamentos esenciales y de alto riesgo sanitario</i>	<i>109</i>
<i>Capítulo 5 La Organización Mundial del Comercio y los antiretrovirales en la Emergencia Sanitaria</i>	<i>131</i>
<i>Capítulo 6 La innovación en tecnología sanitaria: una política de Estado</i>	<i>157</i>
Parte 3. Derecho a la Salud y visibilidad del VIH/sida: el rol de la sociedad civil	174
<i>Capítulo 7 Las personas que viven con VIH como sujetos de las políticas públicas ..</i>	<i>178</i>
<i>Capítulo 8 La visibilidad de la sociedad civil y la posibilidad de participación en la toma de decisiones.....</i>	<i>192</i>
<i>Capítulo 9 La judicialización como estrategia para acceder al tratamiento antirretroviral</i>	<i>207</i>
Conclusiones.....	221
Referencias Bibliográficas	227
Anexos.....	242

Lista de abreviaturas

AGN: Auditoría General de la Nación

ALAMES: Asociación Latinoamericana de Medicina Social

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica

APE: Administración de Programas Especiales

APS: Atención Primaria de la Salud

ARV: antirretroviral

BM: Banco Mundial

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CEBES: Centro Brasileño de Estudios de Salud

CELS: Centro de Estudios Económicos y Sociales

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

COFESA: Consejo Federal de Salud

DCI: Denominación Común Internacional

ECI: expediente, cuerpo, imagen

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

FMI: Fondo Monetario Internacional

GMP: Good Manufacturing Practices

INAME: Instituto Nacional de Medicamentos

LMME: Lista Modelo de Medicamentos Esenciales

LO: Licencia Obligatoria

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PFN: Política Farmacéutica Nacional

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PVVS: personas viviendo con VIH/sida

SIGEN: Sindicatura General de la Nación

SPyRS: Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria

UBA: Universidad de Buenos Aires

VIH/sida: virus de inmunodeficiencia adquirida/síndrome de
inmunodeficiencia adquirida

Introducción

La perspectiva de la investigación se plantea desde el campo de la salud colectiva, conceptualizado como área de producción de conocimiento que tiene como objeto las prácticas y los saberes en salud, referidas al colectivo en tanto campo¹ estructurado de relaciones sociales donde la enfermedad adquiere significación (Silva Paim, 2011). La salud colectiva se reconoce a sí misma como un campo científico donde se producen saberes y conocimientos acerca del objeto salud y donde operan distintas disciplinas que lo contemplan bajo varios ángulos. También se identifica como ámbito de práctica donde se realizan acciones en diferentes organizaciones por diversos agentes dentro y fuera del espacio reconocido como sector salud.

El motor de la presente investigación se encuentra en la recurrencia de las dificultades para garantizar el suministro de medicamentos específicos para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida), ante el avance de políticas de ajuste que parecen socavar las respuestas organizada del Estado destinadas a problemas de salud pública en los que previamente asumió obligaciones. El engranaje que sostiene el cumplimiento de esas obligaciones se presenta como permeable a las situaciones de crisis por las que atraviesa el país y termina por vulnerar el derecho a la salud. Los protagonistas, sus roles y consecuencias también parecen repetirse. En este sentido, el problema en cuestión focaliza en el momento más agudo de la crisis que atravesó el país a partir de diciembre de 2001. Sin embargo, con mayor o menor grado de intensidad, la discontinuidad o falta de medicamentos esenciales para personas viviendo con VIH/sida (PVVS) es cíclica, como resultado casi esperado de la aplicación de políticas de ajuste.

¹ Un campo se define, entre otras formas, definiendo lo que está en juego y los intereses específicos, que son irreductibles a lo que se encuentra en juego en otros campos o a sus intereses propios y que no percibirá alguien que no haya sido construido para entrar en ese campo. Para que funcione un campo es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que este dotado de los *habitus* que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes de lo que está en juego (Bourdieu, 1990, p.135)

Las investigaciones coinciden en considerar al VIH/sida como un fenómeno social total, que impacta en la vida física, psíquica, socio-económica, relacional y temporal de la persona, provocando una "ruptura biográfica" (Pecheny, 2001; Rozenblat, Biagini, & Sánchez, 1999). Una de las aristas que el fenómeno ha logrado poner en escena es la contradicción que existe al concebir a los medicamentos, específicamente los antirretrovirales (ARV), como un bien social, si tenemos en cuenta los importantes réditos económicos que ellos generan. La génesis de la Ley 16463, conocida como Ley Oñativia o Ley de Medicamentos, actualmente vigente en Argentina, es un claro ejemplo de las dificultades que puede enfrentar un gobierno al intentar limitar los intereses de las corporaciones farmacéuticas. A pesar de que la misma data de 1964, es conocido que esa ley contribuyó a la enemistad con ciertos sectores que conspiraron para el derrocamiento del gobierno de Arturo Illia. La ley constaba de una sección técnica y otra económica, la segunda sucumbió junto al gobierno de Arturo Illia (Pérgola, 2013; Tarocher Padilla, 2004). En esa línea, resulta incoherente encontrar que el Decreto 150 de 1992 del Ministerio de Economía de la Nación se base en la Ley Oñativia, ya que los objetivos que persigue son totalmente opuestos y hasta el momento ninguna gestión de gobierno nacional se ha ocupado de derogarlo. El mencionado decreto busca desregular el comercio de los medicamentos, otorgándoles el mismo tratamiento que a cualquier bien de mercado.

En el año 1999, la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria (SPyRS) a través de la Disposición 3185/99 y la Resolución 189/00 respectivamente, ajustaron los lineamientos internacionales a la realidad nacional y aprueban las recomendaciones técnicas en cuanto a las exigencias de ensayos de equivalencia entre medicamentos de riesgo sanitario significativo². No obstante, la crisis desatada en Argentina durante diciembre de 2001 puso freno a algunas

² Medicamentos de riesgo sanitario alto: es la probabilidad de aparición de complicaciones de la enfermedad, amenazantes para la vida o para la integridad psicofísica de la persona y/o de reacciones adversas graves (OMS), cuando la concentración sanguínea de la droga no se encuentra dentro de la ventana terapéutica (cociente entre la concentración máxima no tóxica y la concentración mínima efectiva)(ANMAT, 2007)

exigencias. La investigadora Vasilachis de Gialdino (2013), en uno de sus trabajos, analiza el discurso de Eduardo Duhalde al momento de asumir la presidencia el 1º de enero de 2002, quien, mediante una estrategia con la que legitima su posición institucional, declara haber asumido la responsabilidad de presidir un gobierno de convergencia por mandato de la Asamblea y declara haberse encontrado con un “país quebrado y al filo de la anarquía”. Agrega también: “nos toca gobernar el período más difícil”. Entre los nudos de la red semántica del texto de Duhalde se encuentra la palabra “crisis”, a la que califica como “de representatividad, de confianza o como una crisis a la que hay que dar batalla y que no es económica, política o social, sino fundamentalmente espiritual”. Por otro lado, se refiere a varias crisis superpuestas. Esta crisis que nos tiene paralizados, sostiene puede ser “la gran oportunidad para el cambio, para volver a creer en nosotros mismos y cortar el ciclo de la decadencia” (Vasilachis de Gialdino, 2013, p.99).

Schuster y su equipo de investigación (2002, p.2) consideran que la crisis se trató de una tragedia política de una comunidad expuesta a la fragmentación de su propia autorrepresentación como cuerpo político. El relato minucioso de lo ocurrido en el foco de la crisis, los últimos quince días del año 2001 y enero de 2002, refleja suficientemente tanto las transformaciones que experimentó la protesta social durante el curso de la crisis, como los avatares del contexto político-institucional frente al cual los actores de la protesta transformaron sus demandas, sus modos de manifestarse e, incluso, sus propias identidades políticas.

Una investigación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) muestra que, como consecuencia de estos hechos, aumentó la mortalidad infantil, hubo un significativo incremento de los nacimientos de bajo peso, un aumento de la mortalidad materna y una transferencia significativa de pacientes desde el subsector privado al público (Zeballos, 2003). La crisis que se desencadenó en diciembre del 2001 volvió a poner de manifiesto el mapa y el posicionamiento de los actores en juego. En esa oportunidad, el Ministerio de Salud no llegó a desmantelarse gracias a presión en las calles de pacientes dependientes de medicamentos o intervenciones sistemáticas que veían en riesgo sus vidas por el desabastecimiento generado por la devaluación.

No se puede perder de vista que las características del sistema de salud argentino son complejas, es un sistema heterogéneo y altamente fragmentado, conformado por tres subsectores: público, obras sociales y prepagas. Los modos en el que se fue configurando dan cuenta del entramado resultante (Rovere, 2004, 2016). El federalismo característico del sistema de gobierno argentino y del proceso de descentralización de servicios que se ha implementado habilita a que cada jurisdicción sea responsable de su sistema de salud, cuente con amplia autonomía para definir las políticas sanitarias que implementan, y tenga a cargo su financiamiento. En ese marco, el Estado Nacional administra y ejecuta programas nacionales de salud—como es el caso de VIH/sida—, y debe entender, entre otras cosas, en la planificación global del sector salud, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud con suficiente viabilidad social, coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social, y del sector privado; y además construir consensos a nivel federal, intra e intersectorial (Lara & Hofbauer, 2004).

En esta dirección se colocan tres núcleos para la construcción del problema de investigación. En primer lugar, consideramos que las crisis recolocan a las políticas públicas, y las convierten en herramientas centrales para enfrentar la incertidumbre. Durante la crisis del 2001 en Argentina, se tomó la decisión de declarar Emergencia Pública y Sanitaria por Decreto (486/2002), no obstante tal concepto de emergencia no alcanzó para aliviar a efectores públicos, que se vieron sobrepasados en su capacidad de atención y desabastecidos de medicamentos y otros insumos prioritarios (Rovere, 2004). La crisis institucional que atravesó el país es el contexto que opera, modifica y define cada uno de los capítulos de la tesis, por lo que es relevante anticipar algunas cuestiones conceptuales.

La producción de Bauman & Bordoni (2016) permite acercarnos a una definición de la palabra crisis. Según los autores, se culpa a la crisis de todo lo adverso, especialmente lo vinculado a lo económico. La palabra crisis perdió su significado original y ha adoptado una connotación puramente económica. En la década del 60 y 70 se hablaba de “coyuntura”: el hecho de vivir un período de coyuntura se consideraba una transición

dolorosa pero necesaria para alcanzar una nueva fase de prosperidad, era un período breve en comparación con el resto de los períodos. Actualmente, se prefiere hablar de crisis en lugar de coyuntura o depresión, parece que este vocablo es más familiar y evoca la imagen de un momento de transición desde una condición previa a otra nueva, una transición necesaria para poder crecer, un decisivo paso adelante. En Argentina, durante las últimas décadas, se desencadenaron procesos de crisis y reformulación de las condiciones de la actividad del Estado en el área social. La expansión de la exclusión social, el desempleo estructural, la precarización del trabajo y el empobrecimiento de numerosas capas sociales han puesto en cuestión la idea de ciudadanía social como sistema de integración. La concepción de ciudadanía que surge de la modernidad y se consolida en la segunda posguerra, íntimamente asociada al activo rol del Estado, en consecuencia se encuentra en crisis. Desde que el Estado de Bienestar se debilitó y el neoliberalismo afianzó sus postulados, la protección social del Estado se achicó (Belmartino, Levín, & Repetto, 2001). En situaciones de crisis agudas ese vínculo entre el Estado y los ciudadanos se deteriora porque el propio Estado y sus instituciones pierden fuerza.

El segundo núcleo que planteamos es que el VIH/sida, como fenómeno social total, tiene fuerte impacto sobre las políticas públicas, la legislación y el ámbito de los derechos de ciudadanía. En ese sentido observamos que los programas específicos han tenido modalidades cualitativamente diferentes al resto de las políticas de salud (Biagini, 2007). En los años ochenta se reportaron los primeros casos y el número aumentó rápidamente para convertirse en una pandemia. Sin embargo, no se puede perder de vista que tuvieron que pasar algunos años para que sea reconocido como problema de salud pública, para que pueda ser visto fuera de la esfera de lo privado. En los inicios estaba vinculado directamente a usuarios de drogas intravenosas y a homosexuales, situación que generó estigmatización y discriminación, incluso dentro del propio sistema de salud. Los reclamos que generaron los primeros movimientos de PVVS colocaron en debate nuevas demandas, es claro que este tipo de movimiento y sus reclamos son distintos a los que se desarrollaron en el Estado de Bienestar, responden a otras racionalidades.

Por último, consideramos el núcleo derecho a la salud, específicamente de las PVVS, que en Argentina se encuentra garantizado por la Ley de SIDA, que enmarca la respuesta del Estado y es considerada de vanguardia en Latinoamérica y el mundo. Además, existe conciencia colectiva instalada sobre la importancia del suministro de medicamentos en tiempo y forma. Desde temprano, la problemática provocó la confluencia de iniciativas estatales, subsidios externos y directrices de agencias multilaterales y la acción de organizaciones locales preexistentes, que contribuyeron a consolidar un sujeto político emergente que, al identificarse desde el padecimiento y la necesidad y a la vez como sujeto de derechos, reivindicó su participación social y política para el reconocimiento de una ciudadanía plena.

En el informe de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA) del año 2002 se describió que en el mundo vivían 42 millones de personas con VIH/sida. En la región de América Latina y el Caribe en ese período se encontraban casi 2 millones de personas afectadas (ONUSIDA, 2002). En diciembre de 2001 en Argentina el número estimado de PVSS era de 133.000, no obstante los casos notificados eran 18.867 y su distribución dentro del país se encontraba concentrada especialmente en las zonas urbanas de las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe, donde se había producido un estimado 80% de los casos. La población afectada por la enfermedad era joven, se mostraba un aumento gradual de la enfermedad en mujeres y heterosexuales. Sin embargo, para esa fecha aún se consideraba que el mayor factor de contagio era por el uso de drogas endovenosas y la transmisión vertical (Bloch, 2001; Ministerio de Economía de la Nación Argentina, 2001; ONUSIDA, 2013; Programa Municipal de SIDA, 2008; Programa Nacional contra los retrovirus humanos, 2005).

En términos de acceso a medicamentos, el Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) dependiente del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina incorporó paulatinamente las distintas innovaciones tecnológicas de medicamentos al Formulario Terapéutico. Así, recién sobre finales de la década del 90 se

comenzaba a hablar y acceder a triterapias o highly active antirretroviral therapy (HAART). En el período 1999- 2003 la actividad de tratamiento y cuidado representaba el 90% o más del presupuesto asignado al programa (Lara & Hofbauer, 2004). Por lo tanto, las políticas públicas destinadas a VIH fueron adelantadas en relación a los lineamientos internacionales, teniendo en cuenta que recién en el año 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó los antirretrovirales a la Lista de Medicamentos Esenciales³ (OMS, 2001a). En esa línea de trabajo y en concordancia con lo establecido para medicamentos de alto riesgo sanitario, en marzo de 2001 la Resolución 40/2001 de la SPyRS establece la obligatoriedad de realizar estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia, con la formulación que se comercializa o comercializará en el país, para todas las especialidades medicinales que contengan como principio activo por lo menos uno de los ARV utilizados para el tratamiento de la infección con el VIH. Luego, en junio del mismo año, la Disposición 3311 de la ANMAT establece las condiciones en las que deben realizarse esos ensayos. Esta misma disposición estableció un cronograma de presentación de los resultados de los estudios en función del tipo de ensayo que se requiera, in vivo o in vitro.

Más allá de los avances en innovación, ciencia y tecnología y las políticas que legitimaron esos desarrollos, la crisis dejó al descubierto los crudos efectos del retroceso del Estado en el cumplimiento de su función como garante del derecho constitucional a la salud. Cuando el mundo empieza a sostener que gracias a las terapias HAART el VIH no mata, el sistema de salud argentino queda sin capacidad de respuesta. No obstante, como dice una de las autoridades del Programa Nacional, al ser esta política un “Programa Protegido”, su sostenimiento es priorizado ante las innumerables necesidades de la población en general.

Abordamos el problema desde el posicionamiento teórico de Oszlak & O'Donnell (2007) que sostiene que estudiar los actores de las políticas públicas permite una visión del Estado ‘en acción’, desagregado y descongelado como estructura global y ‘puesto’ en un proceso social en el que se entrecruza con otras fuerzas sociales. Se pretende desentrañar los

³ Medicamentos Esenciales: permiten salvar vidas, reducir el sufrimiento y mejorar la salud (OMS, 2001a)

mecanismos que posibilitaron que los ARV se salven del naufragio, a pesar de las claras dificultades para su gestión, y fueran agenda permanente del gobierno durante la crisis. Entonces la pregunta principal es: ¿cómo fueron generadas e implementadas por los distintos actores las políticas públicas con el fin de garantizar el suministro de medicamentos destinado a PVVS en Argentina durante la crisis del año 2002?

El objetivo general de la investigación es indagar las políticas públicas generadas e implementadas por el nivel nacional, desde la intervención de distintos actores- miembros de organizaciones de la sociedad civil, académicos, profesionales involucrados en la gestión, representantes de la industria farmacéutica, decisores del Estado nacional- con el fin de garantizar el suministro de antirretrovirales específicos para el VIH/sida durante la crisis del año 2002. Los objetivos específicos son:

- Reconstruir los procesos de discusión, generación e implementación de políticas públicas desde el nivel central con el fin de garantizar el suministro de ARV a todas las PVVS del país.
- Explorar el vínculo del Programa Nacional VIH/sida y los proveedores de medicamentos desde la perspectiva de la innovación, ciencia y tecnología.
- Reconstruir los reclamos y movilizaciones de las organizaciones de la sociedad civil en relación a la adquisición y distribución de ARV a todo el país.

En cuanto a las hipótesis que sostienen el trabajo, se considera que:

✓ Los actores que generaron e implementaron las políticas públicas, con el fin de garantizar el suministro de ARV, se habrían encontrado en una compleja trama de tensiones según los intereses que ellos habrían representado en el contexto de la crisis del 2002 en Argentina.

✓ Los proveedores habrían pujado para que los ARV provenientes de los laboratorios titulares de las patentes fueran sobrevalorados en los procesos licitatorios en desmedro de los medicamentos copia.

✓ Las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH habrían logrado ser parte de la agenda de gobierno porque habrían contado

con recursos que les permitieron denunciar lo que para ellos no se estaba haciendo correctamente y reclamar el derecho a la salud.

✓ Los académicos vinculados a las problemática del VIH/sida podrían haber intervenido directa o indirectamente en las políticas que garantizan los ARV en función de su campo de conocimiento, algunos habrían respondido a la lógica de poder de las unidades académicas a las que pertenecen y otros habrían generado espacios de trabajo específico que produjeron conocimiento que interpelara a las políticas públicas.

La tesis se organiza en un apartado de desarrollo metodológico y tres partes que responden a los objetivos específicos propuestos y que se dividen en su interior en capítulos para confrontar las perspectivas teóricas con los resultados obtenidos. En el apartado metodológico justificamos el abordaje elegido para llevar adelante la investigación, las fuentes de información utilizadas, el modo de sistematización y análisis de las mismas.

En la primera parte, trabajamos las bases para desandar el problema de investigación desde los lineamientos internacionales del derecho a la salud y el rol del Estado, específicamente vinculado al VIH/sida en un momento de crisis institucional. En la segunda, exploramos a los proveedores del Estado, desde la perspectiva de la innovación, la ciencia y la tecnología: los medicamentos específicos para el VIH/sida en la órbita de la Organización Mundial del Comercio (OMC), las decisiones en política de patentes de medicamentos en el momento de la emergencia sanitaria. En la tercera parte, desarrollamos la visibilidad del VIH/sida desde la perspectiva de la sociedad civil, reconstruimos el reclamo y la presencia de la sociedad civil en función de las leyes que la protegen y su impacto ante la crisis en cuanto al acceso a medicamentos específicos.

Los capítulos que integran cada parte se organizan del siguiente modo: en primer lugar, desarrollamos los referentes teóricos que sostienen los hallazgos empíricos y luego realizamos una discusión parcial en cada uno en función del objetivo específico propuesto. Por último se presentan las conclusiones.

Desarrollo metodológico

El problema de investigación guía el desarrollo metodológico a un abordaje cualitativo (Minayo, 1997; Vasilachis de Gialdino, 2006). La pregunta de investigación y sus objetivos definen la necesidad de explorar distintas fuentes de información. Desde esa perspectiva utilizamos diversos documentos: normativas públicas, expedientes de la gestión de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación y artículos periodísticos que comunican la problemática. Realizamos entrevistas individuales semi estructuradas a actores clave que complementan la indagación que se hizo en los documentos.

Los documentos forman parte de una muestra no probabilística, es un muestreo teórico intencional. Esta perspectiva es adecuada cuando el investigador toma decisiones acerca de qué observar, basado en criterios tales como: oportunidad, interés personal, recursos disponibles y la naturaleza del problema que está siendo investigado (Quintana Peña, 2006). Los documentos son considerados huellas de una cultura, son materiales informativos sobre un determinado fenómeno social que existe con independencia de la acción del investigador, en nuestro caso los documentos que utilizamos son documentos institucionales (Corbetta, 2007). Se trata de documentos producidos por instituciones o individuos, en la parte institucionalizada de su vida y son de carácter público. Los expedientes del Ministerio de Salud de la Nación estudiados son documentos políticos-administrativos y contienen material muy heterogéneo, como leyes, resoluciones, cartas, telegramas, correos electrónicos, desgrabaciones de líneas telefónicas del propio Ministerio de Salud, actas de reuniones, recortes de periódicos. También constan intervenciones de distintas oficinas del Ministerio de Salud, ofertas de proveedores del Estado y respuestas del mismo a cada uno de estos actos administrativos. Los documentos, al ser generados independientemente del investigador, tienen ventajas con respecto a otras técnicas: según Corbetta, se trata de información no reactiva, es decir, no es afectada por la interacción estudioso-estudiado y sus posibles efectos de distorsión. Son documentos que, aunque ofrecen una

visión particular de una realidad social, están libres de alteraciones debidas al acto de la investigación. Asimismo, el autor advierte que en los documentos institucionales se debe tener en cuenta que reflejan la versión institucional/ oficial de un hecho. La información que se encuentra en los documentos responde a lo que se conoce como universo lingüístico lógicamente estabilizado, y allí se incluyen: espacios como los de las ciencias matemáticas y de la naturaleza, los de las tecnologías industriales y biomédicas y los sistemas de gestión (control administrativo), las sentencias judiciales, las leyes y decretos y las resoluciones administrativas (Borsotti, 2009).

En cuanto a las normativas que sostienen la política de salud objeto de estudio, realizamos un rastreo exhaustivo por distintos tipo de normas y dependencias, utilizando las palabras: antirretrovirales y VIH/sida en el campo “texto” para dirigir la búsqueda en los exploradores del Centro de Documentación e Información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Presidencia de la Nación: www.infoleg.gov.ar y del Ministerio de Salud de la Nación www.legisalud.gov.ar . Decidimos iniciar la búsqueda en enero del año 2001 sin acotarla de antemano, de este modo los resultados hallados son los que definen el período crítico para la toma de decisiones para este tipo de medicamentos. Compartimos la perspectiva de Novick (2014), quien considera que las normas constituyen un objeto de estudio apto para la comprensión de las relaciones sociales y los cambios producidos en la sociedad. El análisis de la norma jurídica resulta un instrumento adecuado para pensar algunos aspectos del problema a investigar: el conflicto social, quiénes pujan por resolverlo, cómo logran hacerlo. Sin lugar a dudas las normativas son hechos públicos, un relevante objeto de análisis pues ellas resumen y transparentan aquellos factores llamados genéricamente ideológicos, y nos permiten aprehender la riqueza y sustancia de la dimensión jurídica de lo social. Dado que la realidad que captamos a través la ley es solo instantánea, necesitamos articular esta perspectiva con el contexto. Trabajamos los resultados de la exploración cronológicamente, según la dependencia que fuese responsable de la producción de cada norma, especificándose el tipo de acto administrativo, objetivo y decisión expresada en el mismo (Borsotti, 2009). Decidimos

incluirlos en un Anexo porque atraviesan todo el cuerpo de la tesis (Anexo)⁴.

Por otra parte, el problema de investigación exigió acceder a documentos de la administración pública que detallan la gestión de medicamentos del Programa de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación. En septiembre de 2014 solicitamos documentos a través del Formulario de Acceso a Información Pública- Decreto 1172/2003. En el formulario se expresó el objetivo académico de la búsqueda y se detalló lo solicitado. La búsqueda e identificación de documentos dio como primer resultado una respuesta negativa, sustentada en la falta de soporte informático y el uso de fondos rotatorios para la compra de los medicamentos en cuestión, justificada en la emergencia pública. A partir de los escasos datos brindados procedimos a solicitar más información. Finalmente, accedimos a cuatro expedientes del período, que fueron escaneados y digitalizados en imágenes folio a folio. La descripción general de los documentos se encuentra en la Tabla 1. Establecimos un código alfanumérico para referenciar los expedientes a lo largo del texto: expediente: número, cuerpo: número, imagen: número (“E” número-“C” número-“I” número).

Respecto a los artículos periodísticos, fueron considerados relevantes como fuentes de información ya que muestran el modo en el que se instala un determinado tema o problema en la opinión pública y la relevancia que toma en la agenda del Estado. Observamos el tratamiento de la problemática en el momento de la emergencia sanitaria por parte de los medios digitales; para eso recurrimos a la utilización de palabras clave para el rastreo: personas viviendo con VIH/ sida, medicamentos, Ministerio de Salud de la Nación.

El análisis del proceso de implementación de una política exige tener en cuenta numerosos aspectos y requiere ser concebido de una manera amplia, flexible y multidimensional. La perspectiva teórica de Oszlak & O'Donnell (1981), permite comprender cuáles son los elementos que se

4 Con el fin de visualizar los resultados de la exploración los mismos se organizan de manera cronológica en cuadros según el año en el que fue producida la normativa detallando: dependencia que fue la responsable de cada una, tipo de acto administrativo, objetivo y decisión expresada en el mismo.

ponen en juego en la definición de las políticas estatales. Ellos proponen usar una analogía musical para mostrar su enfoque y el lugar que le asignan a las políticas estatales dentro del vínculo estado-sociedad. Según este esquema, las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se va produciendo alrededor de la misma definen y encuadran un proceso social. En nuestro caso, para la sistematización y análisis del material definimos dimensiones que luego operacionalizamos en categorías para conformar una matriz de datos e interpretar la información hallada tanto en expedientes como en las entrevistas semiestructuradas. Esa información fue puesta en diálogo con la bibliografía de referencia, según dimensiones y categorías definidas que responden a los tres grupos de actores: Estado, industria farmacéutica y sociedad civil. A partir de la definición de las dimensiones se generaron las tres partes de la investigación.

Dimensión 1: Estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV

- 1.1 Modalidad de adquisición de ARV
- 1.2 Fundamentos para adquirir ARV durante la crisis
- 1.3 Fundamentos para definir la urgencia en el marco de la declaración de la Emergencia Sanitaria
- 1.4 Intervención de otras áreas del Estado nacional (ANMAT, SIGEN, Dirección de Bienes e Insumos de la Nación) en el proceso de adquisición de ARV
- 1.5 Comunicación con programas provinciales para la distribución de ARV a las regiones sanitarias
- 1.6 Presupuesto
- 1.7 Organismos Internacionales
- 1.8 Oficinas por la que circula el expediente

Dimensión 2: Los proveedores del Estado en los procesos de adquisición de ARV

- 2.1 Postura de las cámaras de laboratorios y droguerías ante la crisis
- 2.2 Comunicación: representantes del Estado – proveedores

2.3 Consideraciones y exigencias para actuar como proveedor del Estado

2.4 Dificultades administrativas para cumplimentar entregas de ARV

2.5 La nacionalidad de las casas matrices de los laboratorios y su vínculo con el Estado

2.6 La producción pública de ARV

Dimensión 3: Participación de la sociedad civil en los procesos adquisición de ARV

3.1 Reclamo de la sociedad civil por el derecho a la salud

3.2 Visibilidad en los medios de comunicación

3.3 Modalidad de comunicación con representantes del Estado

3.4 Vínculo con la industria farmacéutica en los procesos de compra

Analizamos de modo exhaustivo cada una de las partes de los documentos, teniendo en cuenta el contexto del debate que generó dicho documento, el lugar específico, fecha de producción del texto, términos que se utilizaron y quién lo produjo (Borsotti, 2009).

Las mismas dimensiones y categorías guiaron las entrevistas individuales semiestructuradas realizadas a distintos informantes. A medida que se avanzó en la lectura y análisis de las imágenes que forman parte de los expedientes, organizamos las entrevistas. Realizamos ocho entrevistas que fueron grabadas previa autorización del entrevistado/a, entre ellos: técnicos y asesores de la ANMAT, miembro de ONUSIDA Latinoamérica, directora ejecutiva del Programa Nacional y Ministro de Salud de la Nación, miembro de organización de PVVS, médico asesor del Ministerio y jefe de Programa de CABA. El criterio para elegirlos fue su rol en la problemática en el momento más agudo de la emergencia sanitaria. Optamos por concretar entrevistas semi estructuradas por considerar que es el instrumento que permite apreciar el fenómeno social estudiado desde la perspectiva de los sujetos seleccionados. Además, es un instrumento abierto, flexible, que se adapta al contexto y que permite ser moldeado en el transcurso de la investigación. Utilizamos un guion que intentó contemplar la singularidad de la situación, la complejidad de las dimensiones y las particularidades del

entrevistado. El guion es un perímetro o marco dentro del cual el entrevistador profundizará, teniendo en cuenta que también pueden surgir temas no previstos (Corbetta, 2007). Con la finalidad de preservar la confidencialidad de los entrevistados, nos referimos a ellos según el cargo o rol que tuvieron en el contexto de la investigación, solo cuando fue estrictamente necesario en función de comunicar los resultados en algunos tramos se utilizaron las iniciales de sus nombres.

Respecto del análisis, se realizó a partir de la matriz de datos en donde concentramos la información de los distintos tipos de documentos y lo obtenido de las entrevistas semi estructuradas. Llevamos adelante un análisis cualitativo de los distintos tipos de documentos, interpretándolos en su globalidad y desde el punto de vista de sus significados y de forma cuantitativa, subdividiéndolo en elementos homogéneos para relacionarlos después entre sí. El análisis es holístico, se tiene en cuenta no solo las dimensiones y categorías sino la perspectiva de los informantes involucrados en las decisiones que se tomaron. En relación a las entrevistas realizadas, sostenemos que brindaron la información necesaria para contextualizar los procesos minuciosamente detallados en los expedientes y entender los móviles de las normativas vigentes y el modo en el que los medios de comunicación trataron el tema.

Tabla 1: Descripción de los expedientes de adquisición de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación							
Documento	Fecha inicio de proceso	Fecha finalización de proceso	Descripción de la carátula	Dependencia	Documentos que incluye	Número de folios totales	Número de ítems adquiridos
Expediente 2002-1350-02-03 (E1350)	12/02/2002	22/02/2007	Unidad Coordinadora y Ejecutora (UCE) VIH/SIDA- Medicamentos SIDA <u>Contratación directa</u> N° 12/02.	Ministerio de Salud de la Nación	Expediente compuesto por 6 cuerpos	2126	48
Expediente 2002-5587-02-8 (E5587)	19/06/2002	15/01/2003	Iniciador: Programa Nacional Lucha contra el SIDA Extracto: <u>Compra directa</u> de medicamentos para SIDA- contratación directa 40/02.	Ministerio de Salud de la Nación	Expediente compuesto por 8 cuerpos. (incluye Expediente 7870-02-09 impugnación Laboratorio Merck y Expediente 11991-02-7 impugnación Laboratorio Klonal	2262	46
Expediente 2002-7970-03-1 (E7970)	04/07/2003	26/03/2004	Iniciador: Programa Nacional de Lucha contra SIDA Extracto: compra de ARV para pacientes con SIDA <u>Licitación Pública</u> 15/2003.	Ministerio de Salud de la Nación	Expediente compuesto por 9 cuerpos (incluye Exp 2002-15602-03-3 Iniciador: Pharmos SA- Extracto: nueva prórroga orden de compra) Cuerpo 3: falta, consta en nota del Jefe de Archivo que detalla la búsqueda exhaustiva sin éxito.	2225	46
Expediente 2002-10351-03-2 (E10351)	22/08/2003	26/01/2006	Iniciador: Programa de Lucha contra el SIDA Extracto: compra de medicamentos para SIDA <u>Licitación pública</u> 18/2003	Ministerio de Salud de la Nación	Expediente compuesto por 7 cuerpos	2000	26

Fuente: Elaboración propia

Parte 1 Derecho a la salud y políticas públicas para el VIH/sida: la protección del Estado

Consideramos que las reglas mundiales en relación a la salud influyen en la agenda de los países, y que la comunidad internacional tiene poder de agenda, especialmente sobre los países dependientes, en la definición de lineamientos de acción en distintas áreas. El derecho a la salud es un derecho inclusivo, es un bien público y los Estados deben garantizarlo, así lo establecen documentos de la Organización de Naciones Unidas (ONU/OMS, 2008) y de la Asociación Latinoamérica de Medicina Social (ALAMES, 2012). El derecho a la salud no se relaciona solo con los profesionales de la salud, la atención brindada en los servicios o el acceso a los medicamentos, sino que depende de complejos procesos sociales, económicos y políticos en los que se ponen en juego diversos intereses. El derecho a la salud es expansivo, ya que las necesidades dependen de lo que es posible tratar, un ámbito cuyas fronteras se encuentran en expansión permanente. Por eso, las potenciales consecuencias financieras de otorgar los derechos a la salud son enormes y ejercen inmensa presión sobre los presupuestos, en una medida que no suele ser igualada por otros derechos (Yamin & Gloppen, 2013, p.17).

En este sentido, es necesario montar un andamiaje teórico que permita reconstruir los procesos de discusión, generación e implementación de políticas públicas desde el Ministerio de Salud de la Nación que tienen el fin de garantizar el suministro de ARV a todas las PVVS del país en un momento de crisis institucional en función de los vínculos que el Estado tiene con la sociedad, con los modos de producción y con su propia estructura burocrática.

En la Parte 1 consideramos la hipótesis: Los actores que generaron e implementaron las políticas públicas, con el fin de garantizar el suministro de ARV, se habrían encontrado en una compleja trama de tensiones según los intereses que ellos habrían representado en el contexto de la crisis del 2002 en Argentina.

Capítulo 1 Derecho a la salud y las agencias internacionales desde una perspectiva latinoamericana: VIH/ sida en la agenda de salud internacional

En este capítulo trabajamos específicamente con la categoría 1.7: Organismos Internacionales de la dimensión: Estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV. Los resultados se basan en lo hallado en los expedientes y se articulan con las perspectivas de los entrevistados y con documentos oficiales como actas de la Comisión Federal de Salud (COFESA).

Los derechos a la salud y a la vida son contemplados en distintos instrumentos internacionales: Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948); Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo (1966); Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto San José de Costa Rica 1969) y su protocolo adicional, Protocolo de San Salvador (1988) (OEA, 1988; ONU/OMS, 2008).

Los temas vinculados a la salud y la enfermedad de las poblaciones fueron los argumentos inaugurales para establecer conferencias internacionales. La gran epidemia del Misisipi en 1881 facilitó que se produjera la primera reunión en el continente americano: el interés primordial de los europeos era controlar la epidemia de cólera y el de los estadounidenses era el avance de la fiebre amarilla (Sacchetti & Rovere, 2011). Sin embargo, el campo académico de la salud pública surge en la segunda década del siglo XX con el apoyo y el interés de la Fundación Rockefeller. En este sentido, Rockefeller consiguió que el positivismo científico, estrechamente asociado a las necesidades del capital, neutralizara la tendencia de mediados del siglo XIX, cuando la medicina social había logrado un papel significativo. Así, se organizó el aislamiento de la medicina y la salud pública de cualquier exposición a las ciencias sociales, una tendencia que era muy fuerte en la segunda mitad del siglo XIX.

En este clima nace Organización Panamericana de la Salud (OPS), la agencia más antigua que aborda el discurso de salud internacional.

En el mismo momento se crea la Organización de los Estados Americanos (OEA). A partir del surgimiento de la OMS en 1946 en un contexto de posguerra mundial, la OPS se alinea a esa lógica y es miembro del sistema de las Naciones Unidas. En la constitución de la OMS, se proclamó el derecho a la salud y se definió a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social" (ONU/OMS, 2008).

El camino que conduce a proclamar a la salud como un derecho humano continúa en la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1948, donde se establece el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona. En el artículo 25 se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado. No obstante, para que tales proclamas adquirieran un estatus que fuese jurídicamente vinculante tuvieron que pasar casi dos décadas. Recién en 1966, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de la ONU se incorpora a la salud como un derecho humano. El artículo 12 de dicho Pacto afirma que los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 1966).

Los cambios constitucionales en América Latina durante los últimos 25 años han supuesto un avance en la protección y justiciabilidad de los derechos sociales sin precedentes en otras constituciones. Se reconocen dos motivos fundamentales que propiciaron esta situación: en primer lugar, un proceso conectado al regreso de la democracia liberal y al Estado de derecho. Como consecuencia de ello muchos países de Latinoamérica han reformado su Constitución, o han aprobado una nueva que incluye derechos sociales (como derecho al trabajo, a la educación, asistencia sanitaria, vivienda) y, en ocasiones, derechos de protección a grupos minoritarios (mujeres, niños, adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, entre otros). Entre los países que han reformulado sus Constituciones se encuentran: Brasil en 1988, Colombia 1991, Paraguay

1992, Argentina 1994, Ecuador 1998 y 2008, Venezuela 1999, República Dominicana 2002 y Bolivia 2009. Además, muchos de estos textos reconocen plena e igual jerarquía de todos los derechos y una serie de características que favorecen en gran medida la justiciabilidad de los derechos sociales. En segundo lugar, se generalizó ratificación de tratados internacionales de derechos humanos, tanto universales como regionales, incluyendo aquellos que reconocen derechos sociales (Bretón, Cotez, & García, 2014). En consonancia se le ha otorgado rango constitucional a distintos instrumentos internacionales.

Tanto la ONU como la OMS han montado una amplia estructura organizacional para supervisar la aplicación de los tratados de derechos humanos. Dentro de la ONU existe un comité encargado del cumplimiento del PIDESC y responsable de elaborar los Comentarios Generales que se entienden como auténticas fuentes de interpretación del Pacto. Se ha establecido que los Estados tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo el acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sobre una base de no discriminación, en especial para grupos vulnerables o marginados. Ese comité se encarga además de generar recomendaciones en cuanto al acceso a medicamentos esenciales según las definiciones periódicas de la OMS y aplicar políticas de salud según bases epidemiológicas propias (Bretón et al., 2014)

Lo cierto es que el derecho a la salud está reconocido en al menos ciento quince constituciones. Otras seis, como mínimo, imponen deberes con respecto a la salud, por ejemplo, el deber del Estado de desarrollar los servicios de salud o de asignarles un presupuesto concreto (Naciones Unidas, 2008). En 1969, la Convención Americana sobre Derechos Humanos incluye dentro de sus artículos el derecho a que se respete la vida y la integridad física, psíquica y moral. Luego, en el marco del protocolo de San Salvador de 1988, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el artículo 10 respecto al derecho a la salud define salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (OEA, 1988). En este marco, y con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizar este derecho.

La ONU sostiene que el derecho a la salud comprende algunos derechos e incluye, entre otros, el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud y el derecho al acceso a medicamentos esenciales. La agencia internacional hace hincapié en que las dificultades económicas no eximen a un país de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud. Según estos documentos, el hecho de que las reformas constitucionales de distintos países otorguen jerarquía constitucional al PDESC refuerza la operatividad de los derechos sociales (OEA, 1988).

Cuando se habla de obligaciones y responsabilidades que debe cumplir el Estado en relación al derecho a la salud, por lo general se toma como referencia al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU. Sin embargo, no puede desconocerse que en el contexto regional se llevaron adelante procesos interesantes. En esta línea, Brasil se posiciona desde una perspectiva que se autodefine como contrahegemónica en relación a las agencias internacionales y sostiene que la salud es un derecho y no una mercancía (Silva Paim, 2011).

Desde los movimientos latinoamericanos, como el Centro de Estudios Brasileños para la Salud (CEBES) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), se acuña el concepto salud colectiva, concebida como un movimiento ideológico que generó un campo científico y un ámbito de práctica contrahegemónica con diferencias significativas en relación a la salud pública convencional y al modelo médico hegemónico. Esta corriente de pensamiento contribuyó a la formulación del proyecto de Reforma Sanitaria Brasileña y a la construcción de su dimensión institucional: el Sistema Único de Salud. Los cimientos de este movimiento anidaron en el CEBES a partir de 1976 y dieron lugar al nacimiento de la ALAMES en 1984. La idea fuerza apostó a la democratización de la salud (ALAMES & CEBES, 2011). Esta corriente ideológica es la expresión del pensamiento crítico en el ámbito de la salud, que surgió en los años 70 del siglo pasado, primero como una contestación crítica a la salud pública desarrollista y más tarde para analizar la salud en su articulación con los procesos socio-económicos y políticos. Desde este pensamiento se asegura

que las condiciones de expansión mundial de un capitalismo globalizado han multiplicado la vigencia de preocupantes problemas y han propiciado la aparición de otros procesos altamente nocivos para la vida y la salud, que se ponen particularmente en evidencia en el momento en que entran en crisis financiera los países centrales.

La ALAMES surge con una lógica que intenta correrse de la salud pública institucionalizada pensada desde la enfermedad. Se constituye formalmente en el año 1984, durante el III Seminario Latinoamericano de Medicina Social, celebrado en Ouro Preto, Brasil. Así, se suma como filial por Latinoamérica y el Caribe a la Asociación Internacional de Políticas en Salud y al Movimiento por la Salud de los Pueblos. Esta asociación sostiene que la salud es una construcción de la sociedad en su conjunto para la dignificación de la vida, entendiéndose como un derecho humano individual y colectivo, en el marco de derechos interdependientes de las personas y de la naturaleza, de carácter universal, integral, de ciudadanía, intercultural, respetuoso y promotor de las diferencias, con expresiones específicas según género, etnia, generación y territorio (ALAMES, 2012).

En 2008 se aprobó la última reforma de la Constitución de la República del Ecuador, que introduce el término “sumak kawsay” del idioma indígena kichwa. El término ha sido traducido al castellano como “buen vivir” y se refiere inicialmente a la concepción de vida de las poblaciones indígenas de la región andina. En la Constitución de Ecuador adquiere el sentido de un objetivo, como un concepto holístico que sirve de fundamento e integra el conjunto de aspectos que constituyen la vida política, por lo general, hacia el cual se orienta la vida económica, política, social y cultural (Cortez, 2009). La nueva Constitución, por primera vez, toma un concepto de las tradiciones indígenas como base para el ordenamiento y legitimación de la vida política (Bretón et al., 2014)

“El derecho a la salud exige la configuración de un nuevo proyecto civilizatorio centrado en el bienestar de las personas, de los pueblos, con la naturaleza y la Madre Tierra, no en la explotación y la acumulación capitalistas. Implica una nueva relación e institucionalidad Estado-sociedad, en la cual se radicaliza la democracia directa y el poder popular. Implica una

nueva relación sociedad-naturaleza, siguiendo la conciencia de nuestras naciones indígenas originarias y poblaciones tradicionales para el buen vivir/vivir bien'. En fin, implica transformaciones estructurales que aún no se han alcanzado, a pesar de la continua y dinámica movilización popular de los tiempos recientes". (Entidades y Movimientos Populares por el derecho universal a la salud, 2015, p.2)

El posicionamiento ideológico acerca de qué se entiende por salud o por buen vivir son categorías claves para la formulación de las políticas en el área, sobre todo cuando estos conceptos son agendados por los organismos de préstamo internacional. Sin embargo, el modelo de análisis de eficiencia y eficacia que llevan adelante esos organismos no tiene sentido en países empobrecidos y devastados por epidemias y guerras. El discurso que surge y se instala en la opinión pública es el que da a entender que solo poniendo la salud en manos del mercado será posible un acceso digno a ésta, así fue plasmado por las agencias de crédito internacional en "Invertir en Salud" del Banco Mundial en 1993. El Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) aprovecharon las crisis de los países latinoamericanos para imponer el "Consenso de Washington" como condición para brindar préstamos nuevos a algunos países, como Argentina, con el fin de refinanciar las enormes deudas nacionales que los países habían acumulado. La reducción de los fondos presupuestales asignados a la salud en los sistemas latinoamericanos provocó el colapso de los servicios de atención médica, que ya se encontraban en plena crisis. Según la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina, tanto el FMI como el BM fueron responsables en buena parte de ese colapso del 2002 en el país (Ugalde & Homedes, 2007). Esta cuestión se encuentra estrechamente vinculada a los criterios de focalización de las políticas públicas que serán retomados más adelante. La concepción de la participación del mercado para garantizar calidad debilita el status del enfoque de derechos, facilita concepciones caritativas e individualistas, restringiendo la noción de salud a lo biomédico sin considerar los determinantes sociales de la salud: desigualdades sociales, de género, étnicas y otras. Desde las corrientes latinoamericanas se visibiliza la ayuda

internacional como una caridad que no resuelve la justicia económica en el acceso a la salud.

Desde estos movimientos sociales se desprende que, según el modelo de desarrollo que se adopte, surgirá una legislación determinada, un sistema de atención a la salud, un orden de la agricultura para la provisión de alimentos en función de la nutrición, una vivienda, un acceso al agua potable, movimientos migratorios, un saneamiento, unas condiciones de trabajo, una salud ambiental y políticas para la utilización del medio ambiente y los recursos naturales. En la reunión de Líderes en Salud Internacional de la OPS se propone tomar decisiones y generar marcos teóricos que contemplen las características de la globalización, ya que cualquier suceso que ocurra en una economía de cierto peso repercute en pocos minutos en el resto del mundo (OPS, 2009).

A propósito de la globalización, es interesante tomar a Roberto Espósito ya que, en su recorrido, incluye distintas situaciones que habilitan la discusión acerca de la existencia de una instancia jurídica que trasciende las fronteras territoriales del derecho y al derecho mismo como forma de delimitación de territorios. Los migrantes clandestinos o refugiados privados de derechos civiles son percibidos por los Estados como amenazas del orden público y biológico, en tanto como portadores no controlables de enfermedades como viruela, dengue, influenza H1N1, dengue y zika, entre otras. La emergencia epidemiológica que constituyen las enfermedades infecciosas tiene implicancias económicas, jurídicas, políticas e incluso militares. El autor resalta un informe de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos donde se clasifica al SIDA entre los primeros cinco de los setenta y cinco factores de desestabilización a escala planetaria (Espósito, 2009, p.13)

En la misma lógica en el libro *Contagio y caos* muestra que las enfermedades pueden actuar como estresores de la sociedad, las economías y las instituciones de gobierno. El supuesto es que la proliferación de enfermedades infecciosas puede comprometer la capacidad del Estado y desestabilizar su arquitectura, además de representar directa o indirectamente una amenaza para los intereses económicos del Estado y por lo tanto para la seguridad nacional (Price Smith, 2008).

Diversas organizaciones internacionales han establecido desde el inicio de la epidemia del VIH/sida una cooperación internacional para optimizar los esfuerzos. No obstante, esta cooperación se dio de una manera vertical, sin considerar las necesidades y situaciones particulares de cada localidad, ofreciendo un apoyo homogéneo que respondía sólo a las políticas y prioridades de cada organización. Este tipo de cooperación contribuyó a fortalecer los programas de varios países que no contaban con los recursos para hacer frente a sus necesidades; sin embargo, no era la más adecuada (José A Izazola Licea, 1999).

En 1995, surge la iniciativa regional de Banco Mundial sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y ONUSIDA para la prevención y control, que proporciona apoyo a los países de la región a través de promover proyectos de investigación o estudios de caso que contribuyan a generar información útil para la toma de decisiones en la región. A partir de 1996, el Programa Mundial contra el sida une los esfuerzos de seis agencias de Naciones Unidas estableciendo el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), integrado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales. En este marco, y como necesidad regional, surge el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) en VIH/sida de América Latina y el Caribe apoyado por ONUSIDA y está integrado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, El Salvador, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. De manera paulatina se sumaron otras redes en la región además del GCTH, el Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones con Servicio en sida, la Red de Personas Viviendo con el VIH/sida, la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con el VIH/sida, la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas, y la Red Latinoamericana de Trabajadoras Sexuales. Estos grupos de cooperación técnica y agencias internacionales de VIH/sida marcan la agenda y la dinámica de las políticas públicas específicas de cada uno de los países.

El informe de ONUSIDA de 2002 mostró el recorrido realizado por el organismo desde su conformación en 1998. En ese año, la Oficina del

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) publicaron las Directrices internacionales sobre el VIH/sida y los derechos humanos. Se basaron en el asesoramiento experto para integrar los principios y normas internacionales de la legislación sobre derechos humanos en la respuesta al VIH/sida. La Comisión de Derechos Humanos confirmó en 2001, y nuevamente en 2002, que el acceso a los fármacos contra el sida es un elemento clave del derecho al más alto nivel posible de salud consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que efectúa el seguimiento del Pacto, dejó claro en el año 2000 que el derecho a la salud incluía, entre otras cosas, el acceso al tratamiento y la educación relacionados con el VIH. En junio del 2001 todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron una Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y se comprometieron a ampliar la respuesta al VIH/sida en el marco de los derechos humanos. En noviembre del mismo año en Doha, la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio declaró que el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual de los Aspectos relacionados con el Comercio (ADPIC) debía interpretarse para apoyar la salud pública y permitir la anulación de patentes si era necesario para responder a emergencias tales como la epidemia de sida. El análisis que realizó ONUSIDA puso en evidencia que a pesar del trabajo realizado para disminuir el precio de estos medicamentos, los ARV sólo llegan a menos del 5% de las personas cuya vida podrían salvar, como consecuencia de eso las mencionadas directrices otorgaban responsabilidades a los Estados para adecuar sus legislaciones, presupuestos y programas, además de promover la participación de la sociedad civil en pos de garantizar el derecho a la salud de las PVVS (ONUSIDA, 2002).

En el sistema constitucional argentino, los tratados de derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución. Se establece en relación al derecho a la salud, en su artículo 42, post reforma constitucional del año 1994: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen

derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud”(Congreso de la Nación Argentina, 1994). En su segunda parte, la Constitución Nacional, a través de su artículo 75, establece que los tratados con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede tienen jerarquía superior a las leyes y se propone que a través de medidas de acción positiva se garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos.

Argentina fue pionera en la región en cuanto a la legislación específica para el VIH/sida. La cobertura a los medicamentos específicos fue establecida, entre otras cosas, en la Ley de SIDA, ley 23798 del año 1990. Cinco años después se aprueba las leyes para que obras sociales y prepagas contemplen dentro de sus planes la atención de este problema de salud (Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS, 2014).

En Argentina, el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS se creó en 1992. Sin embargo, hasta fines de la década del 90 lo conformaron subprogramas, campañas y proyectos erráticos y superpuestos con frecuencia contradictorios e incoherentes, con discrecionalidad política y presupuestaria y ausencia de articulaciones efectivas con los emprendimientos comunitarios y con el accionar de la sociedad civil, sumado a la fragmentación del sistema de salud (público, privado y seguridad social). Graciela Biagini (2009) en su libro *Sociedad civil y VIH/sida*, profundiza el tema e ilumina algunas de las aristas del problema de investigación. Durante los primeros congresos internacionales sobre sida, las organizaciones de la sociedad civil tuvieron una fuerte y creciente presencia denunciando la discriminación social que sufrían las PVVS. Cuestionaban las formas de abordaje médico y las estrategias con las que se trataba el tema en los medios de comunicación y reclamaban el acceso a los tratamientos específicos.

La entrevista con el ex coordinador de ONUSIDA en Conosur brinda la posibilidad de tener una mirada panorámica de la movilización social en relación al VIH/sida en ese momento en el mundo y en Argentina en particular:

“El sida en varios países del mundo y en Argentina especialmente tiene un movimiento social muy importante, para los gobiernos suspender los antirretrovirales sería desatar otra crisis y ahí la prensa argentina siempre fue muy cercana al tema sida”

“Argentina tenía ley de SIDA, el gobierno tenía el compromiso de proveer los medicamentos. El gobierno no tenía condición para interrumpir la provisión a pesar de la crisis, sí o sí tenía que proveer los medicamentos”

“Interrumpir era un escándalo mundial ante las agencias internacionales, ONUSIDA, la prensa internacional y las organizaciones internacionales de SIDA y Derechos Humanos”

“En Brasil pasó lo mismo: millones de dólares para SIDA por la ley y por la presión social”

La mirada es compartida por uno de los referentes de organizaciones de PVVS:

“Los organismos internacionales y la sociedad civil actúan como una tenaza y presionan a los Estados, las organizaciones civiles tienen representación a nivel internacional y son interlocutores respetados”

Los testimonios de los entrevistados complementan lo hallado en los expedientes del Ministerio, todos se inician con una justificación de la entonces Jefa del Programa Nacional de VIH/sida y ETS para la compra de los medicamentos para las PVVS en base a la información epidemiológica del momento:

los datos recogidos hasta el 31 de diciembre de 2001 muestran que el total de casos de Sida es de 21236. (E1350C1I2) (E5587C1I20)

Los datos recogidos hasta el 31 de marzo de 2003 muestran que el total de casos de SIDA es de 23235.(E7970C1I3, E10351C1I2)

Además, en esas mismas notas se plantea el vínculo con organismos internacionales como ONUSIDA y Banco Mundial. En primer lugar se hacía mención a la Conferencia de Ginebra de 1998 para avalar la adecuación de los tratamientos terapéuticos que se deben adquirir y en

segundo término al Banco Mundial por la necesidad de redireccionamiento de fondos adjudicados al país:

La Conferencia Internacional sobre SIDA en Ginebra, Suiza, de 1998, no ha introducido cambios significativos en las terapias ya aceptadas y en consecuencia deberán reforzarse las adquisiciones para cubrir las necesidades que surgen de la aplicación de las normativas aprobadas. (E1350C1I4, E5587C1I21, E7970C1I3, E10351C1I3)

Es importante remarcar la relevancia que tienen esas conferencias, no solo en las áreas de gobierno sino también en los medios de comunicación como en los espacios académicos. La conferencia a la que se está haciendo referencia es la número doce. Los coorganizadores eligieron destacar la necesidad urgente de reducir las desigualdades cada vez mayores que plantea la pandemia del VIH/sida. Según las conclusiones de la Conferencia de Ginebra, en ese momento en los países industrializados había doce ARV aprobados por las agencias reguladoras para la práctica clínica (Izazola Licea, 1999). Los autores aseguran que la disparidad más importante en materia de acceso a los recursos es sin duda la que se observa entre el Norte y el Sur; entre otros, aquellos vinculados con los prometedores resultados anunciados en la conferencia de 1996 en Vancouver.

En Argentina los modos de adquisición de medicamentos específicos fueron determinados por los consensos que se lograban realizar con los organismos internacionales. En función de las decisiones y tiempos estipulados por los mismos, se definía la metodología de compra y luego se intentaba ajustar a las normativas nacionales vigentes, así se encuentra en los expedientes de adquisición:

(...) con el fin de solicitar una compra directa de medicamentos para personas viviendo con VIH/SIDA en carácter de urgente (...)

Al respecto, deseo poner en su conocimiento que este Programa no llevó a cabo otras con anterioridad, ya que – en el marco de las restricciones presupuestarias vigentes esperaba disponer para esta fecha de los fondos del Banco Mundial para hacer frente a

emergencia sanitaria, de acuerdo a lo acordado durante la misión celebrada en Washington en el mes de Febrero 2002 (...)

Para disponer de dichos fondos, es necesario proceder a la enmienda del Convenio de préstamo del proyecto VIGIA, a fin de establecer todas las condiciones relativas para la adquisición. Esta enmienda aún no ha sido formalizada.

Por otra parte, este Programa había previsto destinar fondos disponibles del Proyecto LUSIDA para la compra de reactivos y eventualmente de medicamentos por un monto aproximado de U\$S 1,5 millones. Para ello se solicitó la extensión del proyecto y reasignación entre las categorías del préstamo. Si bien el Banco nos ha comunicado la extensión hasta el 31 de diciembre, no hemos obtenido respuesta sobre la solicitud de asignación. (E 5587C1I 20)

En este contexto, los distintos programas o proyectos son considerados una herramienta disponible para cubrir necesidades urgentes. Sin embargo, la decisión de lograr utilizarlas o no pasa por organismos internacionales que son quienes los financian. Esas decisiones implican priorizar algunas necesidades sobre otras y actuar sobre el destino de recursos que estaban asignados para un determinado objetivo. No obstante, ciertas circunstancias dejan de ser prioritarias.

El E7970 se inicia del mismo modo con el fin de cubrir las necesidades hasta el mes de noviembre de 2003 y, como lo hace en el E5587, la directora del Programa Nacional puso en evidencia las exigencias y posicionamiento de los organismos internacionales:

Este pedido surge debido a los atrasos en la aprobación del Pliego del Banco Mundial y los plazos administrativos que en el mismo se establecen, hechos que provocarán faltantes de algunos medicamentos ARV por uno o dos meses, según la droga, y hasta la recepción definitiva de dicha compra(...). (E7970C1I3, E10531C1I2)

Es así que, ante las características de la Epidemia del SIDA en la Argentina y la incertidumbre de este escenario en relación a las compras del Banco Mundial, se ha diligenciar una compra de

medicamentos por el Programa Nacional de SIDA que cubra hasta agosto del corriente año fecha en el que se supone se dispondrán de los fondos solicitados al Banco Mundial. (E5587C1I22)

Al respecto, el ex ministro de salud recuerda:

“BM nunca te da plata para insumos, cuando llegué al Ministerio era el default, fui a Washington con la primera dama para ver si conseguíamos algo, los préstamos se dan para las consultoras y para que trabajen los amigos de ellos. Yo les dije: “muchachos nosotros no tenemos nada” con los créditos que ya estaban otorgados compré leche y ARV, plata que había para el Riachuelo y no se usaba. Lavagna me decía “pedí dólares que a vos te tienen confianza”, así sacamos el Remediar”.

“los créditos ya estaban otorgados flaco ustedes son los prestamistas’, yo les decía ‘yo pido plata para lo que necesito no para lo que ustedes me digan’”.

La perspectiva es compartida por la ex jefa de Programa de ese momento:

“Todos los fondos del BM se redireccionaron para comprar insumos pero llevó un año justificar ante el BM que necesitábamos plata para otra cosa”.

En ese sentido, el ex consultor de ONUSIDA afirma:

“ONUSIDA pagó como consultores a profesores de la UBA, apoyamos diseño del Proyecto de SIDA para presentar a Fondo Global y Argentina ganó”.

“Esos dólares se usaron para otras acciones no para medicamentos, se usó para acciones de prevención y movilización social. Para los medicamentos se usaba tesoro nacional y eso tenía que facilitar el gobierno”.

En este sentido, un asesor médico del momento agrega:

“Hubo una licitación con la que queríamos ver de hacer entrar productos de la India pero era un proceso muy engorroso, no fue una alternativa hacer compras internacionales”.

“En 2008 se hizo una compra a través de OPS con fondo estratégico, son procesos muy largos, no podíamos ingresarlos desde la aduana”.

La ex jefa de Programa aún recuerda los problemas que tenían por los precios de los ARV:

“Hubo muchos movimientos por los precios de los ARV. [el ministro de salud] me encontraba en los pasillos y me decía ‘¿por qué compramos tan caro los ARV?’ imagínate que yo era jefa de laboratorio bioquímico del hospital de La Matanza, de ahí a que el CEO de Roche le mande una nota al BM para decirle que yo compraba porquería, era muy fuerte, ahí el CEO mandaba notas a BM y BM se las mandaba a los referentes y yo debía contestarle”.

Durante el año 2003, se realizaron negociaciones conjuntas entre varios países de América Latina, una de las asesoras económicas del ministerio de ese momento narra:

“Los resultados de las Negociaciones de Lima 2003 y Buenos Aires 2005 fueron excelentes. La reducción lograda en los precios de compra para los ARV fue muy significativa, especialmente para los países que estaban enfrentándose a los precios más altos de la región. Se lograron reducciones cercanas a entre el 25 y el 90% en algunas terapias. El impacto fue mucho más importante en 2003 que en 2005, dado que la dinámica ya había sido conocida para los laboratorios y muchos de los que habían participado en la negociación de 2003, no se presentaron en 2005. Sin embargo se obtuvieron reducciones de entre el 6 y el 30%”

El ex ministro abre la posibilidad de reconocer las estrategias que se pusieron en marcha una vez se despejó el momento más agudo de la crisis, así recuerda:

“el precio de los ARV tenía un impacto muy serio por distintas razones. Lo que se hizo fue con Brasil, que era el otro gran comprador pero incluyendo a los otros países, hicimos estas reuniones que eran muy particulares, ahí se presentaba la industria, era una cosa muy linda, por lo menos para mí y la

verdad es que conseguimos precios muy buenos, comparativamente a lo que estábamos pagando

No se podía hacer una compra regional porque no podíamos mezclar la plata de un Estado con otro, lo que hacíamos era tener un precio común después cada país decidía cuándo, cómo y cuánto compraba, sino era una cosa imposible. Negociamos juntos precios, como un precio estabilizado con los volúmenes y tiempos de pago de cada país”.

Al respecto el coordinador de ONUSIDA de Cono Sur dice:

“Existía un grupo de cooperación horizontal de sida desde 1997, funcionaba en paralelo a un grupo de cancillería, discutía precios. Argentina pagaba más caro que Brasil. Los laboratorios multinacionales se sorprendían se pagaba 300 ó 400 % de diferencia. Nunca se logró comprar de manera conjunta. Desde el punto de vista administrativo se usaba como instancia de comparación”.

El tema de la compra de ARV formó parte de las reuniones de la COFESA, que fuera reactivada por el entonces ministro de salud. En el acta del día 23 de junio de 2003 de la Reunión de la Comisión Federal de Salud consta que:

Toma la palabra el Sr. Ministro de Salud de la Nación, quien informa que en las reuniones de Perú y Asunción se llevaron a cabo las negociaciones por los retrovirales, con los 10 países del Cono Sur más México, lo que significa un mercado de 250.000.000 de personas, 93.000 tratamientos antirretrovirales , con 270.000 potenciales (Acta 01/2003 COFESA).

Otra organización internacional que es nombrada por los entrevistados es la Fundación Bill Clinton (BC):

“La Fundación BC te decía dónde estaban vendiendo los medicamentos más baratos aprobados por la OMS por su sistema de precalificación, era mucho más barato pero después para sacarlo de la aduana, no se pudo” (ex jefa de Programa).

“La Fundación BC es de cooperación, se tenía una relación muy cercana en cuanto a medicamentos para SIDA, apoyó

especialmente el tema de los medicamentos para niños” (asesor ONUSIDA Cono Sur).

El análisis de los resultados de este capítulo contempla el plano internacional y regional en las respuestas VIH/sida. Es insoslayable que Argentina se encontraba comprometida a trabajar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), definidos por la Organización de Naciones Unidas en 2001, en donde el VIH/sida ocupaba un lugar estratégico. El sexto objetivo perseguido era “combatir el VIH/sida, el paludismo y la malaria” y específicamente la séptima meta tenía en agenda “haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/sida” (ONU, 2005b). La argumentación para que esos objetivos estuviesen presentes estaba basada en que el VIH/sida era uno de los retos más importantes que enfrentaban los países de la región. Por eso los organismos internacionales consideraban:

“de suma urgencia ampliar las actividades que se realicen en la región en este campo con la participación de toda la sociedad y en los programas de salud, especialmente en la atención primaria de la salud, en el marco de los programas de salud sexual y reproductiva y de equidad de género. En las políticas que se apliquen y los programas que se ejecuten es imprescindible la plena integración de las medidas de prevención del VIH como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva y viceversa”(ONU, 2005,p.163).

La reconstrucción realizada muestra que la problemática del VIH tenía agenda internacional y que los compromisos asumidos debían cumplirse a pesar de la situación del país. Pese a ello, era muy difícil para los decisores políticos y gestores brindarle relevancia a los medicamentos para el VIH/sida cuando las carencias eran tan notorias para la mayoría de la población argentina. Coincidimos con lo planteado por Follér (2012,p.54), quien asegura que la industria farmacéutica y las organizaciones de la sociedad civil son partes integrantes de la gobernanza mundial del SIDA y están transnacionalizando sus actividades, mientras el Estado y las instituciones públicas que guían el desarrollo siguen siendo nacionales.

Los organismos internacionales, como ALAMES y el Movimiento por la Salud de los Pueblos, críticos con las organizaciones internacionales hegemónicas, ubican sus reclamos bajo el paraguas del derecho a la salud y cuestionan la transferencia de fondos de norte al sur que generan mayores grados de dependencia y perpetuidad en la categoría de países en vías de desarrollo. Además, en ese momento el contexto regional se encontraba más sensible al trabajo en bloque y a la defensa de los intereses de América del Sur, eso fue aprovechado en algunos aspectos y al mismo tiempo desaprovechado en otros por Argentina.

En el momento más agudo de la crisis, Schuster & others (2002,p.59) reconstruye el momento en que Brasil envió partidas de insulina a nuestro país y el canciller Ruckauf calificó como un “gesto de amor”. Esta arista se profundizará en la segunda parte de la tesis donde se trabaja en los vínculos entre la industria farmacéutica y el Estado en el contexto internacional. No obstante, cabe retomar un punto que también es trabajado por Schuster en su descripción, donde se asegura que el 9 de enero de 2002 el gobierno nacional anunció “la posibilidad de distribuir productos retenidos en la aduana: ropa, alimento y calzado para los planes sociales”. Sin embargo, en las entrevistas realizadas a los referentes de la problemática en cuestión, estos sostienen que la aduana no liberaba medicamentos que se lograban comprar a mejores precios por la intervención de fundaciones internacionales. Ante semejante comentario se habilita el interrogante: ¿quién gestionaba la aduana?. Si formaba parte de la estructura del propio Estado, ¿cuál era su rectoría?. Estas preguntas anticipan la llegada al siguiente capítulo donde abordamos la institucionalidad, autonomía y capacidad del Estado para gestionar en su territorio. A pesar de las contradicciones del propio Estado en cuanto a lo normativo, es claro que los medicamentos no son un bien de consumo como cualquier otro.

El acceso a medicamentos es una parte fundamental que constituye el derecho a la salud y su problemática es una constante en países emergentes, más aún en período recesivo como el que se encuentra bajo estudio. Según Sonia Tarragona (2003), la principal barrera para el acceso a medicamentos está puesta en los modos en los que se financian. La profundidad de la crisis y la necesidad de respuestas propiciaron la

introducción de una política de medicamentos desde inicios del año 2002: la Ley de Prescripción por nombre Genérico o Denominación Común Internacional (DCI). Así, la crisis fue favorable para que se produjeran cambios en políticas de medicamentos que venían siendo sistemáticamente postergados por los distintos gobiernos en función de diversos intereses económicos.

El ex ministro de salud reconoce la oportunidad que brindó la crisis. En ese contexto, logró plasmar a nivel país el proyecto que había trabajado en provincia de Buenos Aires (González García, 1994)

“Si no hubiera habido esa crisis la ley de genéricos no salía, el periodismo estaba en contra, como Longobardi decía que la gente se iba a morir por los genéricos...”.

Capítulo 2 Crisis institucional: las obligaciones del Estado argentino en la respuesta al VIH/ sida

En este capítulo presentamos los hallazgos que pertenecen a la dimensión Estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV y algunas de sus categorías: 1.2 Fundamentos para adquirir ARV durante la crisis, 1.3 Fundamentos para definir la urgencia en el marco de la declaración de la Emergencia Sanitaria, 1.4 Intervención de otras áreas del Estado nacional en el proceso de adquisición de ARV y 1.8 Oficinas por la que circula el expediente

Estudiar el desarrollo e implementación de políticas públicas para la problemática del VIH/ sida requiere tomar posición en cuanto al abordaje teórico. Alford & Friedland (1991) nos ayudan a poner luz en este aspecto ya que trabajan en tres perspectivas teóricas del Estado: pluralista, dirigencial y clasista. Las teorías pluralistas han sido criticadas por la perspectiva dirigencial o teoría elitista, según la cual una alianza de élites de las burocracias militar, ejecutiva y de las corporaciones absorbe poder de las instituciones democráticas tradicionales. Al mismo tiempo, tanto la perspectiva dirigencial como la pluralista han sido cuestionadas por la clasista, que considera que el Estado se encuentra determinado por la sociedad capitalista.

De acuerdo a la propuesta de estos autores, cada perspectiva tiene algo que ofrecer para la comprensión del Estado: la pluralista contribuye al entendimiento de aspectos democráticos; la clasista ayuda a explicar la dimensión capitalista y la dirigencial brinda herramientas para entender el aspecto burocrático del Estado. Así, los autores proclaman que el Estado debe ser pensado en términos de relaciones entre distintas características capitalista, burocrático y democrático. Desde esa lógica el significado que se asigna al Estado depende de dónde se haga foco: en los individuos, en las organizaciones o en las sociedades.

En cuanto a concepciones del Estado, la socióloga y politóloga Theda Skocpol (1989) retoma a los clásicos Max Weber y a Otto Hintze. El primero sostenía que los Estados son asociaciones obligatorias que

revindican el control de los territorios y las personas que habitan en ellos. Además, las organizaciones del Estado pueden tener estructuras variables según el sistema constitucional-representativo de gobierno de cada país. Skocpol considera que los Estados son sistemas administrativos, jurídicos burocráticos y coercitivos a partir del cual se estructuran relaciones estado-sociedad civil y también hacia el interior de la última. Hintze, reflexiona sobre la influencia que tienen los contextos transnacionales sobre los Estados y las relaciones geopolíticas de dominación

En relación a la perspectiva que pretendemos en la investigación, reconocemos la necesidad de una mirada del Estado y de las políticas públicas que se ajuste a los procesos desarrollados en las nuevas democracias latinoamericanas. Así, consideramos pertinente recuperar la producción de Guillermo O'Donnell, a través de un texto de Cardozo (2012) que ofrece un análisis de la evolución de su pensamiento en la concepción del Estado. En el recorrido, Cardozo, marca dos fases vinculadas a la clasificación de Alford y Friedland: en la primera, las investigaciones de O'Donnell tienen un enfoque que refuerza las visiones holísticas propias de la perspectiva clasista, centrada en la relación entre capitalismo, Estado y régimen político. A eso se suma el desarrollo de la noción de autonomía relativa, que coloca al Estado como funcional al capitalismo. En una segunda fase, se transforma la visión anterior y se ubica alineada a la perspectiva dirigencial o neoweberiana. Así, O'Donnell considera que las organizaciones tienen un grado de autonomía respecto a la sociedad y las relaciones individuales y grupales que la componen. De allí deriva en otra mirada, poniendo el foco en el control y la influencia que genera la burocracia, y el sistema legal en la democracia y la ciudadanía.

En este sentido O'Donnell (2007) hace un aporte que interesa especialmente para esta investigación en cuanto a los modos de penetración de las burocracias del Estado en la sociedad para lograr institucionalidad o estatidad de igual manera, o no, en el espacio nacional y su consecuente legitimidad en el territorio. Justamente en ese punto se marca una diferencia entre Latinoamérica y los países centrales: la ausencia de orden estatal en todo el territorio genera espacios de ciudadanía diferenciada. La cuestión está marcada por la raíz de la falta de eficacia de las administraciones

públicas, la ineffectividad del sistema legal, y la falta de creencia en que el Estado actúa en nombre del bien común(Oszlak & O'Donnell, 1981)

En función del problema de investigación consideramos pertinente profundizar en la burocracia del Estado a partir de la perspectiva dirigencial o neoweberiana. En adelante, trabajaremos desde esa corriente de pensamiento que considera que el poder deriva de la organización de la autoridad y las estructuras en las que se toman las decisiones. La estructura interna del Estado es vista como una causa poderosa de la organización política externa y de la conciencia política, que limita los tipos de cuestiones que logran entrar en la arena política. La estructura del Estado afecta el nivel y la eficacia de la participación política de los diferentes grupos sociales, de modo que es en sí misma una fuente de poder.

Alford y Friedland (1991, p.153) consideran dentro de la cosmovisión dirigencial a Daniel Bell, a partir de los principios axiales que propone. De este modo, cada reino institucional tiene un principio axial y su lógica contradice a las de los otros; esos principios son los legitimantes de las diferentes instituciones, y sus conflictos constituyen a la sociedad y ayudan a explicar su estructura y sus cambios. Según esta cosmovisión, las relaciones entre las instituciones pueden interpretarse del mejor modo como conflictos entre estructuras controladoras y subordinadas. El sociólogo trabaja en las justificaciones sustanciales de la dominación del Estado como organización burocrática: el Estado se ha expandido para satisfacer la necesidad de manejar la economía, subvencionar la ciencia y la tecnología y crear servicios asistenciales y una política social consciente.

Al respecto, Skocpol (1989) marca dos aspectos de los Estados: autonomía y capacidad. Los Estados son concebidos como organizaciones que reivindican el control de territorios y personas, pueden formular y perseguir objetivos que no sean reflejos de las demandas o los intereses de grupos, justamente eso es lo que se considera autonomía del Estado. Si se profundiza en la cuestión se puede continuar con el análisis de las capacidades de los Estados para alcanzar los objetivos oficiales, especialmente por encima de la oposición real o potencial de grupos sociales poderosos o en circunstancias socioeconómicas complejas. Desde una perspectiva weberiana hintzeana, se supone autonomía a todos los recursos

organizativos a los que puede recurrir y puede desplegar el funcionario estatal para alcanzar un objetivo. En este punto, también, entra en juego el vínculo de la elite del Estado con las clases económicas dominantes. Luego se puede analizar la capacidad de elaborar nuevas políticas con esos recursos (Skocpol, 1989, p.12).

Los dirigenciales agregan al posicionamiento la cuestión de la fragmentación y la centralización del Estado. La centralidad del Estado se plantea como necesaria para facilitar la racionalidad planificadora en sociedades cada vez más complejas. Al mismo tiempo, la fragmentación aparece como un rasgo que indica la pérdida de capacidad de las élites para gobernar y a veces puede llevar a situaciones extremas que pueden llevar a manifestaciones contra el poder estatal.

No obstante, la imagen de un Estado burocrático fragmentado está bastante cerca de la perspectiva pluralista, que considera que los organismos públicos desempeñan funciones múltiples y diferenciadas. La fragmentación limita la racionalización, como consecuencia del impulso de las élites burocráticas tendientes a obtener poder, de la captura de organismos por grupos dominantes y de las contradicciones internas del Estado burocrático (Alford & Friedland, 1991). Desde ese lugar se considera que los programas, la asignación de fondos y la conducción de los organismos estatales están sometidos a las corrientes cambiantes de la opinión pública y a las opciones electorales. Dentro del Estado las burocracias compiten entre sí por apoyo y recursos, como cualquier otro grupo de interés. Las burocracias son sumamente políticas, por ellas circulan comunicaciones y favores personales.

Las burocracias reflejan en sí mismas el pluralismo de las instituciones gubernativas; sin embargo, el aparato estatal o el sector público o la suma de las burocracias públicas son parte del Estado pero no son el todo. El Estado es también un conjunto de relaciones sociales, que son formalizadas por un sistema legal provisto y respaldado por el Estado. El sistema legal es una dimensión constitutiva del Estado y del orden que éste establece. No se trata de un orden igualitario, socialmente imparcial; tanto bajo el capitalismo como bajo el socialismo burocrático ese orden respalda y

ayuda a reproducir relaciones de poder que son sistemáticamente asimétricas (O'Donnell, 1993).

Si entendemos a la política estatal de este modo es evidente que las distintas decisiones no pueden ser comprendidas ni explicadas prescindiendo de las políticas de otros actores. En suma, las políticas estatales también generan procesos internos al Estado mismo. En este punto O'Donnell se refiere a unidades y procesos burocráticos internos al Estado. Las políticas estatales como generadoras de un doble proceso aseguran que la toma de posición de esas unidades suele generar repercusiones "horizontales" -tomas y reajustes de posición de otras unidades- y "verticales". Estas últimas consisten principalmente en la atribución de competencia y en la asignación de recursos (tiempo, personal, dinero, equipo) a unidades formalmente dependientes de las que adoptó la política. Estos efectos verticales suelen producir "cristalizaciones institucionales": creación de aparatos burocráticos o adjudicación de nuevas funciones a organismos preexistentes, que quedan formalmente encargados del tratamiento y de la eventual resolución de la cuestión o de algunos de sus aspectos, superponiéndose generalmente (y, por lo tanto, estableciendo una relación ambigua y frecuentemente conflictiva) con otras burocracias formalmente especializadas en otros aspectos de la cuestión o en otras cuestiones cercanamente ligadas a la que involucra al organismo preexistente (Oszlak, 1977).

El funcionamiento de las burocracias de las nuevas democracias latinoamericanas se ve degradado como espacio administrativo del Estado ante los procesos de crisis, se decapita, y como consecuencia muchos funcionarios capaces son absorbidos por el sector privado y esos puestos se convierten en cargos políticos elegidos por su lugar en el partido gobernante y no por su capacidad. En esas situaciones los Estados entran en lógicas de racionalizaciones y reestructuraciones que terminan siendo casi siempre fallidas, y como parte de los resultados se produce la decadencia de la infraestructura física, que dibuja un sombrío panorama de esos sectores obteniendo burocracias con baja motivación y capacitación.

Fleury asegura que el neoinstitucionalismo brinda apoyo para buscar soluciones a las crónicas crisis de gobernabilidad de Latinoamérica,

la idea de fijar objetivos independientemente de los que demande la dirigencia política o ciudadana en manos de expertos aseguraría que los mismos estén por encima de los intereses sectoriales (Fleury, 1999b). El rol del Estado sigue siendo sustantivo en cuanto a políticas públicas pero el producto es fruto de los tecnócratas que conforman el aparato estatal. Los tecnócratas brindan discursos universalizantes, portan el supuesto de un saber técnico exento de presiones o demandas societales donde las agendas de gobierno se escinden de las agendas públicas: “autonomías insuladas” en el lenguaje de Peter Evans. Así, la capacidad del Estado no puede medirse en términos absolutos sino según la adecuación o inadecuación de esa capacidad respecto de las funciones que debe cumplir. Que un Estado tenga mayor capacidad que otro no implica que sea de mayor magnitud: el tamaño del sector público es mucho menos importante que la calidad y continuidad de las instituciones y del personal existente (Sikkink, 1993).

Los burócratas dirigenciales surgen en una economía mundial capitalista porque un estado fuerte es la mejor opción entre difíciles alternativas para los grupos más fuertes en términos políticos, económicos y militares: los estratos capitalistas emergentes y las viejas jerarquías aristocráticas. Según Wallerstein, las capacidades de los grupos dirigenciales particulares hacen la diferencia para que un Estado se convierta en más fuerte o más débil. O'Donnell plantea que en momento de crisis la burocracia es una dimensión central que debe tenerse en cuenta en el análisis de los procesos. Además, considera otras dos dimensiones: la eficacia de la ley y la dimensión ideológica, tienen que ver con la credibilidad del alegato de que los organismos estatales normalmente orientan sus decisiones por una cierta concepción del bien común. Si se toma la dimensión vinculada al tamaño y la influencia del aparato estatal, no hay duda de que en los países como Argentina el Estado es demasiado grande.

La segunda dimensión refiere a la fuerza o debilidad del Estado en cuanto a establecer eficazmente la legalidad sobre el territorio que le corresponde. Aquí es interesante retomar lo planteado anteriormente con respecto a cómo penetra el Estado en el territorio y la desigualdad que se reconoce en ese sentido con consecuencias en el Estado y la sociedad. O'

Donnell plantea que en muchas democracias emergentes la eficacia de un orden nacional, representado por la ley y la autoridad del Estado, se desvanece en cuanto uno se aleja de los centros urbanos nacionales (Oszlak & O'Donnell, 2007). En los países que tienen áreas marrones extensas, color que indicaría ausencia del Estado en el territorio, no hay capacidad para hacer valer la legalidad del Estado y como resultado se obtiene una democracia con baja intensidad de ciudadanía. Las áreas marrones son fomentadas por las crisis socioeconómicas y esa propagación no se deriva solamente de varios procesos de desintegración social y económica, también es el resultado de una profunda crisis del Estado - como legalidad eficaz, como un conjunto de burocracias y como un agente legitimado del interés común.

La implementación de normas y decisiones del Estado se realiza a través de sus instituciones, en ese sentido sería deseable que sus actividades compatibilizaran con los intereses de la población, y con los propios proyectos políticos, que además varían al haber alternancia en el control del Estado. Cada grupo político que asuma el poder del Estado se propondrá modificar la relación de fuerzas en la sociedad, en consonancia con su concepción política, con la necesidad de consolidar sus bases sociales de sustentación y con las lógicas políticas existentes en el interior del aparato estatal. La materialización de un proyecto político exige actuar sobre (y a través de) una estructura burocrática preexistente (Oszlak, 1980).

Estas características pueden ser observadas habitualmente ante los recambios en el manejo del poder del Estado. Sin embargo, son exacerbadas en contexto de crisis de representatividad política como la que atravesaba el país en el momento estudiado. En ese juego se produce un choque entre dos racionalidades: la política y la planificadora. Oszlak plantea que los planificadores fracasan porque pretenden influir el juego de la política que se rige por reglas diferentes. Nada más ajeno a la política que las premisas de neutralidad valorativa, racionalidad sustantiva y certidumbre propias de la planificación. El solo hecho de desconocer esta circunstancia torna a la planificación inaplicable. La planificación intenta adoptar una racionalidad ajustada a criterios técnicos allí donde el comportamiento se manifiesta en conflicto, negociación y compromiso. Alford y Friedland (1991, p.152)

sostienen que la lógica de la racionalización puede aplicarse a los organismos burocráticos cuando logran aislarse de los procesos políticos. No obstante, si la burocracia se ha politizado por diversas causas, como cambio de liderazgo político general o por la vulnerabilidad de un organismo o programa particulares en relación a grupos de interés poderosos y a segmentos de la opinión pública, entonces la racionalización es principalmente una ideología de élite, más que un conjunto de reglas que gobiernan la conducta interna de la organización.

En coyunturas de crisis se reaviva lo aprendido en la crisis anterior y se forman espirales crisis: no es igual a la anterior pero los actores tienen otros recursos. Los gobiernos, mientras más son las espirales, con mayor desesperación tratan de encontrar una salida a la crisis. Intentar aplicar la racionalidad planificadora en esos contextos genera demasiadas tensiones. Al mismo tiempo, la racionalidad política intenta que no se produzca la desintegración del aparato estatal aunque la eficacia menguante del «Estado como ley» torna a los gobiernos incapaces de ejecutar ni siquiera políticas con un grado mínimo de complejidad.

En esas instancias, algunas políticas sólo pueden implementarse exitosamente pasando por negociaciones complejas con los diferentes actores organizados que demandan un acceso legítimo al proceso. No obstante, la extrema desagregación que se da debilita la representatividad de la mayoría de las organizaciones de intereses. De este modo, la atomización de la sociedad refleja y acentúa la desintegración del Estado (O'Donnell, 1993,p.80)

Como adelantamos al inicio del capítulo aquí se presentan los resultados de categorías de la dimensión *Estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV*. El foco está colocado en el momento de la crisis institucional y se nutre del cuerpo normativo generado en el período, de las perspectivas de los entrevistados y de los registros encontrados en los expedientes. Estas categorías nos permiten reconocer y reconstruir las estrategias de distintos actores dentro del propio Estado que definen, obstaculizan y facilitan algunos procesos teniendo como premisa garantizar el derecho a la salud.

Los fundamentos para adquirir ARV durante la crisis y para definir la urgencia en el marco de la declaración de la emergencia sanitaria pueden entenderse siguiendo la trayectoria de los expedientes y el modo en el que se construyen en su paso por las distintas oficinas del Estado.

El ex ministro de salud de la Nación relata el momento en el que fue incorporado a la gestión de ese período:

“Yo ya había dicho que no, le había dicho que no a Menem...venía muy Banco Mundial, cuando se va Menem, el Chacho quería y le dije que no”.

“Ya había decidido que mi proyecto era ISALUD y fui a decirle que no a Duhalde, me peleé mucho con Duhalde cuando era ministro de Caffiero, era un kilombo, estaba para el ‘no’. Estaba sentado en presidencia y estaba viendo la pantalla de Crónica TV que ya decía que yo ya era ministro....me decían: ‘por favor ayudanos’”.

El testimonio de la ex jefa de Programa de ese momento describe el contexto en el cual se estaba intentando tomar decisiones en relación a los tratamientos de las PVVS:

“Yo estaba como bioquímica en el hospital de La Matanza y cursaba posgrado en ISALUD, La idea era comprar insumos, no había nada el Ministerio estaba vacío, las oficinas, no había ni un cuadro ni una computadora, nadie tenía información, no había registros. Hubo que ir oficina por oficina a preguntar dónde se compraba, cuánto salía un medicamento, cuál era la referencia. La sociedad civil hacía marchas todos los miércoles, se ponían disfraces de esqueletos y se acostaban en la calle. Fue terrible”.

Tanto en las palabras de los entrevistados como en los registros se puede identificar el momento más agudo de la crisis, entre diciembre de 2001 y fines de 2002, cuando había muy pocos recursos de todo tipo para tomar decisiones. En cambio, a comienzos del año 2003 la situación continuaba siendo dramática pero los actores estaban empoderados en su rol, los expertos habían tomado las riendas de la situación. Del mismo modo, se podría considerar un momento de latencia de la crisis, el médico asesor del Programa lo identificó claramente:

“la directora pre crisis se fue fines de 2001, estuvimos sin directora después hasta que entró la nueva directora”

“[la directora pre-crisis] me llamó porque ingresó Kaletra® al país, me dijo: ‘Kaletra® sí pero con auditoría médica’, eso no llega a concretarse, ella renuncia en el Congreso de Mendoza 2001 por falta de medicamentos y durante un tiempo no tuvimos nada”.

Cuando el asesor médico se refiere a la incorporación de Kaletra®, es necesario aclarar que se trata de un medicamento que en ese momento entraba al mercado internacional acompañado de mucha expectativa entre los grupos de PVVS por su formulación y eficacia. En línea con las reglas internacionales tenía protección de propiedad intelectual y por ende Abbott, el laboratorio productor, tenía el monopolio de comercialización y colocaba reglas de juego poco negociables. Estos testimonios se reflejan en los expedientes: las agencias del Estado encargadas de controlar el funcionamiento de las distintas áreas cuestionan la gestión previa al momento de la crisis y sus consecuencias posteriores, la falta de previsión para la compra de medicamentos es un elemento que aparecía con fuerza en los informes de la Auditoría General de la Nación (AGN) y la Sindicatura General de la Nación (SIGEN). Resulta llamativo que los informes de los organismos de control parecían minimizar la agudeza de la crisis, su actuación intenta esforzarse por mostrarlos distantes, aislados e imparciales ante el contexto. Luego, esos informes exigían respuesta por parte de las autoridades del Programa, quienes desde su lugar colocaban a la crisis en primer plano para justificar la toma de decisiones.

Cada expediente tiene sus particularidades: podemos sostener que E1350 muestra el momento de mayor incertidumbre, ya que se presenta endeble, según los organismos de control, en cuanto a las argumentaciones basadas en el contexto, considerando que aún no se había firmado la emergencia sanitaria. Así, en junio de 2002 la SIGEN solicita el E1350 y se remarca:

Con respecto al encuadre legal de la contratación que nos ocupa, si bien la Resolución N° 137 del 15/03/02 autoriza a convocar un llamado mediante Contratación Directa en el marco del Decreto

486/02 de Emergencia Sanitaria y del Decreto N° 1023/01, artículo 25, inciso d apartado 5 “Urgencia”, es importante destacar que el requerimiento de la necesidad de la adquisición (18/02/02) es anterior a la entrada en vigencia de la emergencia sanitaria, ya que la misma data del 12/03/02 y fue publicado en el Boletín Oficial con fecha 13/03/02. Si además tenemos en cuenta la urgencia varias veces aludida en el proceso de tramitación por la falta de stocks de medicamentos, el encuadre que justifica tal adquisición sería la urgencia, y no la emergencia sanitaria. (E1350C6I725, 726).

La declaración de emergencia sanitaria corresponde a una resolución que se da como salida institucional y habilita a tomar decisiones extraordinarias en las estructuras de Estado. Sin embargo, aquí parece no reconocerse la secuencia de situaciones que condujeron a ese punto, ya que en el trayecto se dieron definiciones que hubieran ameritado el estatus de emergencia sanitaria

Por otra parte cabe destacar que el crédito vigente asignado para el año 2002 (\$63435781,00) al programa 22 “Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos / SIDA” resultaba suficiente para poder afrontar las necesidades requeridas (E1350C6I 725, 726).

La SIGEN abrió la discusión en distintos niveles: desde cuestiones que parecían menores a aquellas que cuestionaban la responsabilidad de los funcionarios a cargo:

(...) lo expuesto evidencia falta de oportunidad y de previsión, en la formulación del pedido, dado que se solicita meses después del período que se pretende abastecer (...) es dable mencionar que no se acompaña el stock existente al momento de la solicitud, como así tampoco el cálculo realizado en forma pormenorizada que justifique la cantidad solicitada” (E1350C6I710).

El Subsecretario de Coordinación de Programas es quien se ocupaba de responder los señalamientos y él mismo elevó su contestación al jefe de gabinete en febrero de 2003. Consideramos relevante incluir

extractos que logran describir la gravedad de la situación que se estaba atravesando:

A efectos de contar con los medicamentos en tiempo oportuno para el año siguiente, en el mes de septiembre de 2001 se propició una nueva contratación con la misma modalidad (expediente N° 2002-10565-01-06), destinada a abastecer a los pacientes durante todo el año 2002. Mientras la contratación se hallaba en trámite, se produjeron los acontecimientos que son de público conocimiento y que derivaron en una crisis institucional y económica cuya gravedad no es necesario aquí reseñar. En este estado de cosas, era imposible seguir adelante con un proceso de adquisición que requeriría al proveedor garantizar, a un precio inmutable, el suministro de medicamentos importados o elaborados a base de materias primas importadas por el lapso de un año.

(...) el Ministerio de Salud procedió a ampliar en un 20 % las Órdenes de Compras emitidas en virtud la licitación N° 30/01, a adquirir medicamentos en pequeñas cantidades mediante un fondo rotatorio autorizado a ese fin y a preparar un pliego de bases y condiciones que se ajustara a la nueva realidad económica financiera del país. (E1350C6I718).

El coordinador de Programas defendía lo actuado. Parte de sus argumentaciones se basaban en que el Ministerio venía gestionando este Programa desde hace ocho años y tenía experiencia en eso, sin embargo los entrevistados reconocían que hubo gestiones que no llegaron a concretarse por cuestiones que superaban a los expertos del Programa.

La previsión existió, en el mes de septiembre del año 2001 para la cobertura de todo el ejercicio 2002 (...) No existía stock que calcular se han agotado los stocks de medicamentos (...) En cuanto a la justificación de las cantidades, es darle inferir que 8 años de administración del programa permiten a sus autoridades estimar acabadamente la cantidad de medicamentos que requieren ser adquiridos para atender las necesidades de todas las jurisdicciones (E1350C6I719,721, 722).

El testimonio del médico asesor del programa refuerza lo encontrado en los documentos:

“Las compras que debían hacerse durante el 2001 no se habían firmado cuando se fue la ex directora no estaban hechas las compras y tuvimos un hueco muy grande hasta que entra [la nueva directora] y empieza a armarse”

Por su parte la ex jefa de Programa reconoce esa situación:

“la ex jefa se fue y hubo unos meses en los que nadie estuvo a cargo del Programa”

En este marco, se tuvo en cuenta la normativa vigente para al encuadre de la emergencia sanitaria y como consecuencia a la modalidad de compra:

El Decreto 486/02, en el caso que nos ocupa, no hizo más que reconocer que la causal urgencia se hallaba configurada por la grave y notoria crisis del sistema de salud argentino. En este aspecto, no cambió la legislación vigente que autorizaba la contratación directa en caso de urgencia, sino que determinó que independientemente de otros aspectos que contribuyeran a configurarla, la crisis que afectaba al sector era de tal entidad que por sí misma la conformaba.

Por todo lo expuesto no hubo cambio de encuadre legal. La Resolución N° 137/02 autorizó el llamado en el marco de la Emergencia Sanitaria, bajo las prescripciones contenidas en el artículo 25 inc. D) apartado 5 del Decreto 1023/01 “Urgencia” (E1350C 6I728, 729).

Además, se agrega que la SIGEN reclamaba el no cumplimiento del número de días hábiles (diez) de anticipación a la fecha del llamado a concurso o cotización de precios para solicitarles los precios testigos, y se agrega también que la solicitud de precios testigos no se adjunta al expediente. A estos reclamos la Secretaría de Coordinación de Programas responde:

Es cierto que la solicitud de precios testigos se realizó con una antelación de 7 días y no de 10 días hábiles, pero la diferencia de 3 días no impidió contar con los mismos oportunamente.

En cuanto a la solicitud, la misma se hallaba disponible en el bibliorato donde se archivan, en forma correlativa, todos los requerimientos de precios testigos efectuados a la Sindicatura (E1350C6I731).

Las especialidades medicinales que conforman lo solicitado en la Contratación Directa en cuestión poseen una alta carga de insumos de origen extranjero. La cotización del dólar norteamericano en las casas de cambio el día 22/03/02 llegó a superar los \$4 por unidad (E1350C6I732).

El coordinador encontró fundamentos en las decisiones que se tomaron teniendo en cuenta la capacidad y autonomía que tuvo el Ministerio de Economía para responder a las necesidades del Ministerio de Salud ante la incertidumbre.

En forma paralela y buscando la manera de acortar los plazos de pago, se solicitó al MINISTERIO DE ECONOMÍA un incremento sustancial del fondo rotatorio de la jurisdicción. El pago a través del fondo rotatorio hubiera podido garantizar a los proveedores plazos de pago inferiores a 15 días, pero esta medida tampoco pudo ser implementada (...) la pregunta recurrente de todos los proveedores era: ¿cuándo se cobra?.

La fecha de pago se había convertido, como en épocas que habíamos olvidado, en el componente más importante en la formación del precio de venta. La SIGEN en la construcción de precios había tenido en cuenta todos los costos y también el costo financiero, como corresponde a tiempos normales. Pero no era normal la situación económica que se vivía en el mes de abril de 2002 y mucho menos la pronosticada por la mayoría de los analistas económicos que anunciaban la cotización del dólar para fin de año de \$8 como mínimo.

Por todo lo señalado el ministerio de salud contrató a precio de mercado, esto es, al precio resultante de la compulsa de las cotizaciones de 17 de los más grandes proveedores de especialidades medicinales requeridas, quienes se presentaron a ofertar de entre la totalidad de los invitados, que fueron TODOS

los laboratorios poseedores de certificados habilitantes de acuerdo con el Registro del ANMAT (E1350C6I735, 736,737, 738, 739).

El coordinador no solo justificaba las decisiones tomadas sino que avalaba lo realizado y ponía en valor la autonomía que tiene el Ministerio para realizar este tipo de movimientos más allá de las recomendaciones de los organismos de control:

Las opiniones técnicas del organismo de Control no son jurídicamente vinculantes para las áreas controladas, las que fundadamente pueden apartarse de ellas, correspondiendo al Ministerio valorar la oportunidad, mérito y conveniencia de contratar por encima de los valores referenciales de mercados informados

Sin perjuicio de lo expuesto en el párrafo precedente, debe señalarse que a juicio de la Auditoría General de la Nación, la solicitud de mejora de ofertas sin mediar empate, es una conducta reprochable. Mediante Nota del 17/12/01, remitida por ese organismo este Ministerio en oportunidad de auditar las contrataciones correspondientes al inciso 2 “Bienes de Consumo”, observó que “en la mayoría de los casos analizados se solicitó mejora de precios sin mediar empate de ofertas y recomendó sólo requerirla en esta última circunstancia (E1350C6I735, 736, 737, 738,739).

Las sugerencias realizadas por los organismos de control parecen estar descontextualizadas y así lo remarca el Coordinador de Programas:

(...) en cuanto a la Conclusión, compartimos con la Sindicatura la necesidad de implementar un sistema de stocks de seguridad con puntos mínimos, a fin de evitar la interrupción del suministro de medicamentos, como así también elaborar un Plan de Compras que contemple las necesidades reales de todos los programas y, en particular, las del programa que se está tratando. (E1350C6I739).

El panorama era muy complejo, porque los presupuestos no eran suficientes y las licitaciones internacionales se encontraban demoradas a la espera de las decisiones de los organismos de préstamo:

(...) sin embargo muchas veces razones ajenas al Ministerio de Salud impiden la consecución de este propósito. En el pasado mes de noviembre se realizó una contratación destinada a abastecer de medicamentos al programa por 4 meses, preadjudicándose por la suma de \$56000000. Lamentablemente razones presupuestarias obligaron a adjudicar \$12000000 y diferir al siguiente ejercicio los 44 millones restantes. Iniciado el ejercicio 2003 del remanente sólo fue posible adjudicar 20 millones, quedando agotada la cuota presupuestaria del primer trimestre (...)

Cabe destacar que además de la contratación mencionada precedentemente, que permitirá durante el presente ejercicio garantizar el suministro de medicamentos por más de 3 meses, se halla en trámite de preadjudicación una licitación internacional con financiamiento del BIRF destinada a recomponer los stocks de las distintas jurisdicciones y a asegurar la provisión por otros 2 meses. (E1350C6I735, 736, 737, 738,739).

Otros actores que aparecían con fuerza en los informes eran el director de Compras, Patrimonios y Suministro, el director de Servicios Técnicos Administrativos y el subsecretario de Programas de Prevención y Promoción, quienes envían una nota a la subsecretaria de coordinación como respuesta a la evaluación de la SIGEN. Estos fragmentos reconstruyen el modo en el que se tomó la decisión de continuar con las compras, a pesar de las dificultades con los proveedores:

Los precios cotizados en la Contratación directa superan los informados por la Oficina de Precios Testigos de la SIGEN informo a usted los factores que han dado lugar a considerar los desvíos en los precios ofrecidos con respecto a lo informado por la oficina SIGEN. (E1350C 6I158, 159).

Las especialidades medicinales que conforman lo solicitado en la Contratación Directa poseen una alta carga de insumos de origen extranjero (E1350C6I158, 159).

La cotización del dólar norteamericano en las casas de cambio el día 22/03/02 llegó a los \$4- por unidad (E1350C6I158, 159).

Los oferentes de esta Contratación son proveedores habituales de este Ministerio y se encontraban al momento de la apertura con facturas impagas por parte del Estado Nacional (E1350C6I158, 159).

(...) pone de manifiesto la incidencia en el precio (...) de la incertidumbre que implica para los oferentes el no contar con un marco de referencia en la cotización del dólar, debido a su alto grado de inestabilidad referencial (...) la demora por parte del Estado Nacional en la fecha cierta de pago a lo que se deberá sumar la incertidumbre por parte del proveedor del instrumento utilizado por parte del Estado para la cancelación de sus acreencias (E1350C6I158, 159).

Se tomó la decisión de aconsejar la adjudicación de la presente contratación, estimándose como razonable ante las circunstancias expuestas (...) (E1350C6I158, 159).

La incertidumbre es una característica que se encuentra estrechamente vinculada a la crisis, los distintos actores se paralizan e intentan resguardarse de los cimbronazos que ocasiona. Garcia Delgado (2010,p.6) asegura que la centralidad de las políticas públicas en una era de incertidumbre es la centralidad del bien común sobre los intereses particulares; la centralidad de una dimensión colectiva de justicia, solidaridad y dignidad de las personas, sobre otra individualista, defensiva y regresiva.

Es notable que estos fundamentos fueran utilizados por el Coordinador de Programas para responder a los organismos de control, de este modo se va construyendo la solidez necesaria para sostener las decisiones que se tomaron:

Se agrega la grave crisis por la cual atraviesa el sistema de salud argentino y la necesidad de lograr la adquisición de insumos a la

mayor brevedad, considerando la falta en el Programa requirente las especialidades medicinales solicitadas que en muchos casos se encuentra sin stock, lo que podría derivar en la figura de abandono de personas (E1350C6I160).

También en el expediente 1350/02 se adjunta un informe la Auditoría General de la Nación fechado el 17 de diciembre de 2001, que contiene *copia del proyecto de Informe de Auditoría relacionado con las imputaciones correspondientes al Inciso 2- “Bienes de consumo”, de los principales programas presupuestarios vigentes en el Ejercicio 2000, producido en el ámbito del Ministerio de Salud (E1350C6I316).* La AGN establece un plazo para recibir comentarios. Este resultado muestra la recurrencia en las dificultades. En el momento de crisis aguda se sumaron trabas, se adjuntaron informes dificultando la circulación expediente. Estos agregados por un lado parecen enredar aún más el hilo conductor del proceso y por otro obligan a responder en el menor tiempo posible para que no se detenga.

La Secretaría de Coordinación de Programas era la encargada de responder a las observaciones realizadas por AGN que se encontraban alineadas a las observaciones de la SIGEN, lógicamente las respuestas desde la coordinación de Programas fueron similares y se usaban los mismos argumentos. Se evidenciaba el componente incertidumbre en el cobro de los productos entregados y los esfuerzos del Ministerio que buscaba la manera de encuadrar la compra.

Hemos realizado innumerables gestiones y consultas ante la OFICINA NACIONAL DE CONTRATACIONES, SINDICATURA GENERAL DE LA NACIÓN, UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA, AUDITORIA GENERAL DE LA NACIÓN, sobre la posibilidad de poder contratar en DÓLARES, también realizamos consultas al MINSITERIO DE ECONOMÍA sobre esta misma posibilidad y sobre la alternativa de pagar con cheque- PAGO DIFERIDO- formulando fecha cierta de pago (E1350C6I321).

(...) también realizamos consultas sobre cualquier otro índice de actualización que se pudiera introducir en el pliego licitatorio, a los efectos de bajar la incertidumbre como formadora de precios

teniendo en cuenta la predecibilidad en la fecha de cobro como sí también el instrumento que se utilizará para cancelar dicha obligación...(E1350C6I321).

Es bien sabido, que en la actual coyuntura, la formulación del precio de mercado está determinada no sólo por el libre juego de la oferta y la demanda, sino también por la modalidad y condiciones pago, lo que incluye el instrumento de pago, y la fecha de efectivo cobro. (E1350C6I321).

(...) todos los laboratorios del país que fueron invitados a ofertar los medicamentos del pliego licitatorio y por otro lado a un demandante que es el Estado Nacional el cual se encuentra en una situación inédita de crisis institucional, social, política, económica y sanitaria, que le impide cumplir con todas sus obligaciones en legal tiempo y forma (E1350C6I321).

los oferentes argumentan que difícilmente podrá darse estricto cumplimiento a todos los compromisos que el Ministerio de Salud asuma en los plazos estipulados en los pliegos, ya que manifiestan que saben cobrarán no antes de los 120 a 150 días de oferta del producto (E1350C6I321).

Se adjuntan copia y/o detalle de parte de los reclamos judiciales o extrajudiciales que comprometen la responsabilidad del Estado Nacional en esta materia ...dar pronta solución a la respectiva tramitación de esta contratación, se requiere el concurso de todos los responsables con competencia específica para su pronta implementación (E1350C6I 322).

Al retomar la compra, la Dirección General Técnica Administrativa del Ministerio resumió y resaltó los puntos sobresalientes en cuanto a la decisión de compra y la modalidad de esa adquisición justificada en la urgencia y la excepción, en ese escrito se pone en relieve lo sostenido por la Procuración del Tesoro:

El requisito de urgencia debe ir plenamente acreditado mediante estudios técnicos, objetivos, previos y serios que la califiquen como cierta, ya que de modo alguno puede quedar librado al criterio subjetivo de funcionarios, cuya apreciación

exclusivamente personal podría desvirtuar el sentido de la norma reglamentaria impuesta en defensa del interés del Estado. De otro modo podría darse por supuesto una situación de urgencia inexistente, generalizándose así un régimen de excepción que debe como tal ser de interpretación y aplicación restrictiva. (E1350C1I 53).

Así, se genera una cadena de intervenciones para argumentar las decisiones tomadas. Son muchos los puntos a aclarar y justificar: como se vio más arriba se debe responder informes de decisiones pasadas que se suman al expediente que se encontraba en tratamiento y por otro lado se debe justificar la situación del momento. La directora ejecutiva del Programa Nacional se dirige a la Subsecretaría de Programas de Promoción y Prevención para informar y justificar en relación a la contratación directa 12/02 (19 de abril de 2002)

La ley de sida...y su decreto reglamentario norman la dación gratuita de medicamentos para pacientes sin cobertura, si bien la responsabilidad es compartida bajo la ley con las jurisdicciones provinciales y del Gobierno de Buenos Aires, hasta la fecha la responsabilidad ha sido asumida íntegramente por el Ministerio de Salud de la Nación

Se han agotado los stocks de medicamentos, este Ministerio se ve obligado a dar respuesta inmediata a los requerimiento de las jurisdicciones

(...) de esta manera evitar el desabastecimiento de dichos medicamentos (...)

La suspensión en la terapia antirretroviral generara en los pacientes un riesgo para la salud e inclusive muerte.

El no cumplimiento en tiempo y forma de la entrega de drogas necesarias para el tratamiento producirá un perjuicio irreversible en la salud de los pacientes y su interrupción provocará la aparición de resistencia viral a las drogas utilizadas(...)

Los pacientes beneficiarios se encuentran en estado de absoluta imposibilidad de acceso por otro medio a la cobertura con

medicamentos, tratándose en todos los casos de personas en estado de pobreza extrema y aún de marginalidad (E1350C 6I281, 282).

Cuando el expediente retorna al Auditor General de la Nación, él persiste en la postura y responde al subsecretario de coordinación del Ministerio de Salud que como auditor no pretende interferir pero que no puede dejar de efectuar algunos señalamientos. Resulta llamativo que se esté reclamando una situación que se arrastra de la gestión anterior y queda en evidencia en el momento más álgido de la crisis:

La contratación para la cobertura de las necesidades de los medicamentos en cuestión, correspondiente al primer cuatrimestre del año en curso se inició con una nota de fecha 18 de febrero de 2002, en la que se afirmó que por entonces, se encontraban agotados los stocks de medicamentos

Considerando que el Ministerio efectúa estas contrataciones desde el año 1993, esta circunstancia pone en evidencia la falta de una adecuada planificación y previsión que derivó en la necesidad de efectuar una contratación

(...) no puede soslayarse que las actuaciones para la satisfacción de las necesidades atinentes al primer cuatrimestre del año en curso, comenzaron a tramitar después de la primera quincena de febrero y una vez agotados los stocks (...)

En el mismo orden de ideas, la existencia de órdenes de compra emitidas de manera contemporánea con el inicio de la contratación en cuestión, todas destinadas a la adquisición de objetos similares, corrobora la persistencia de las observaciones vertidas por SIGEN en su informe sobre “adquisición y distribución de medicamentos y reactivos para el HIV/ SIDA y ETS de fecha 6 de noviembre de 2000, con relación al Área de Gerenciamiento y al Depósito de Medicamentos dichas observaciones dejan entrever un inadecuado control del manejo de stocks e ineficacia de las actividades de planificación (E 1350C 6 I329).

A pesar de que el Área Jurídica avalaba la necesidad de realizar la compra, la AGN cuestionaba el rol y la decisión de la superioridad (se refiere al Ministro de Salud):

Tampoco puede obviarse que, pese a lo puntualizado por el área jurídica, la superioridad omitió evaluar si la fundamentación formulada reunía los requisitos de objetividad, imprevisión e impostergabilidad, que caracterizan a la urgencia que se invocaba (E1350C6I329).

En relación a lo expuesto por la AGN se constata que la Dirección de Asuntos Jurídicos aprueba el Proyecto de Resolución Ministerial para concretar la adquisición. La resolución refirió a la modalidad de compra utilizada como licitación y en realidad se hizo una compra directa, fue un claro intento de lograr destrabar una situación:

Ha sido recabado en autos que los órganos que integran la administración activa han acreditado la grave y notoria crisis por la cual atraviesa el sistema de salud argentino permitiendo que ello coadyuve a valoración integral de las razones de oportunidad, mérito y conveniencia y que devienen procedente la aprobación de esta licitación (...) este órgano de consulta no encuentra observaciones (...) (E1350C6 I346).

En el descargo del Subsecretario de Coordinación del Ministerio de Salud en relación al informe de la Auditoría General de la Nación se sostenía que:

La declaración de tal emergencia subyace en el reconocimiento que las rigideces normativas no pueden afectar la continuidad de tratamiento de pacientes de programas protegidos por el Ministerio, entre los que está el programa Nacional de Lucha contra los RH y SIDA. Ello, al extremo de autorizar al Ministro de Salud a optar por uno de los mecanismos de compra previstos en el artículo 25 inciso d) apartado 5 del decreto 1023/01 (E1350C6I322).

El 26 de abril de 2002 la directora ejecutiva del Programa Nacional formuló una nota para el Departamento de Compras donde insiste:

Resulta imprescindible adquirir la totalidad de los medicamentos de la Contratación Directa N° 12/02 (E1350C6I331)

El jefe de programa de CABA de ese momento recuerda:

“No hubo medicamentos entre noviembre de 2001 y abril de 2002, ahí fue la falta de medicamentos. Después se fue acomodando”.

“Fueron meses muy angustiantes las organizaciones de pacientes estaban muy enojados...en el segundo semestre de 2002 empieza a acomodarse”.

“Los medicamentos se compraban con fondos nacionales, entre 2002 y 2003 se hizo una reingeniería”.

En ese sentido, y ante los numerosos llamados de atención de los organismos de control, el ex Ministro de Salud continúa afirmando actualmente:

“Prefiero ir preso porque falte una firma que ir preso porque falten medicamentos, teníamos unos kilombos bárbaros”.

Los cuatro expedientes analizados son habilitados a partir de una nota de la jefa del Programa Nacional, que pone en el centro de la escena la ley de SIDA 23798 y su decreto reglamentario 1244/91. De este modo, el Estado se compromete a garantizar el derecho a la salud para las PVVS y esa obligación se antepone para solicitar la compra de medicamentos:

(...) norman la dación gratuita de medicamentos para personas sin cobertura, responsabilidad compartida con las Jurisdicciones Provinciales y del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de manera que este Ministerio no sólo proveerá antirretrovirales, sino además medicamentos para el tratamiento de infecciones oportunistas y tumores condicionados a la inmunodeficiencia producida por el VIH (E1350C1I 5, E5587C1I 21, E7970C1I3, E10351C1I3).

En relación a la función del Estado como garante del derecho a la salud, un representante de la sociedad civil dice:

“Algunos creen que el Estado es de un partido u otro, no es así, el Estado es otra cosa: es la ley, el programa que ha cumplido mayoritariamente la asistencia universal, después está todo el

entramado de obras sociales, de los laboratorios, de todo lo administrativo”.

La nota de pedido ponía de manifiesto la relevancia de la problemática del VIH en la agenda del Estado. La ex jefa de Programa recuerda y repasa esa prioridad, dejando en evidencia algunas contradicciones respecto a cómo es considerado el VIH/sida en función de la presión de la sociedad civil:

“Cuando llega [el nuevo ministro] al Ministerio define aquellos ‘programas protegidos’ y que se supone que era lo de menor complejidad. Después podemos discutir si VIH es baja complejidad”.

“Ahí estaba salud materno infantil y VIH va ahí por los organismos internacionales y por la presión de la sociedad civil, antirretrovirales no podían faltar”.

“10% del presupuesto de todo el Ministerio de Salud era para VIH y el 50 % de eso era para medicamentos. Gastábamos el mismo presupuesto para 18000 personas que los se gastaba en Atención Primaria de la Salud para 3 millones de personas, pensá lo que era VIH”.

Este aspecto es colocado en el plano internacional por el ex ministro:

“Programa Protegido: hice una batalla internacional, relación hegemónica entre el norte y el sur, las reglas eran puestas por los países centrales y costaba mucho salir de esa lógica. Brasil y Argentina trabajamos codo a codo para lograr mejores precios, se hizo el intento de que Brasil produjera para los dos países para eso se armó toda una estrategia pero no funcionó”.

En ese sentido, existen actuaciones del 24 de abril de 2002 del Director de Compras, Patrimonio y Suministro, en las que se dirige mediante nota al Laboratorio Abbott Argentina S.A en referencia a la contratación directa 12/02:

Sobre el particular y habiendo ofertado esa firma precios que superan los precios testigos elaborados por la SIGEN, se solicita en concordancia con lo dispuesto por la Resolución SIGEN N°

55/96 se sirva de efectuar una mejora de los precios (E1350C6I305).

Cabe mencionar que se pide mejora sobre cuatro medicamentos, tres de los cuales se encontraban en ese momento con protección patentaria (Lopinavir/Ritonavir 133,3/33,3 mg cápsulas blandas, Lopinavir/ Ritonavir jarabe y Ritonavir 100 mg cápsulas blandas)

En el E5587, tomó fuerza la cuestión de la urgencia que justifica la protección y la priorización del Programa VIH/sida, que se considera una “necesidad impostergable”. De este modo, se dieron los lineamientos para la utilización de fondos del tesoro nacional ya que, como se vio en el apartado anterior, el proceso para lograr direccionar fondos internacionales insumiría tiempo no compatible con las necesidades de los pacientes. El Poder Ejecutivo Nacional, vistos los decretos 450 del 7 de marzo de 2002 y 486 del 12 de marzo de 2002, resuelve:

Priorice la atención de las necesidades impostergables que tiendan a paliar la gravísima coyuntura que en el orden afecta a gran parte de la población (...)

(...) que el Decreto N° 486/02 ha dispuesto declara la Emergencia Sanitaria Nacional hasta el 31 de diciembre de 2002 a los fines de garantizar a la población argentina el acceso a los bienes servicios básicos para la conservación de la salud.

Que en función de dicha Emergencia Sanitaria, resulta prioritario para el MINISTERIO DE SALUD contar con los recursos necesarios para la cobertura asistencial de la población a través de programas que desarrolla, particularmente los destinados a la atención de pacientes HIV-SIDA infectados, oncológicos (...)

...resulta necesario sustituir el artículo 1 del decreto n° 450 de fecha 7 de marzo de 2002 a fin de incluir a los programas que se encuentran a cargo del MINISTERIO DE SALUD el programa 17- Subprograma 1- Plan Nacional a favor de la Madre y el Niño22- Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión 24- Detección y tratamiento de Enfermedades Crónicas y

Adictivas y 30- Emergencia Sanitaria, en la parte que corresponde al inciso 2- Bienes de Consumo.

...el presente se dicta en uso de las facultades (...) por inciso 1 y 2 del artículo 99 de la constitución

instrúyase (...) para que se elabore, en la estimación de los recursos del tesoro nacional, un Programa Mensual de Caja que se asigne a los siguientes conceptos de gasto (se repiten los programas antes nombrados) (E 5587C1I87, 88)

Esa situación es relatada por la ex jefa de Programa:

“Hasta que se efectivizó el BM se usaron fondos nacionales...Se redireccionaron fondos, no más consultores internacionales...”

Como se visualiza en la Tabla I, en junio de 2002 se inicia otro expediente: allí se visualiza que el 11 de julio del mismo año, el subsecretario de Coordinación del Ministerio de Salud solicitó colaboración a la SIGEN de modo urgente ya que tenía la certeza que el desajuste del precio de los medicamentos traería inconvenientes:

(...) a título de colaboración se les solicita informarnos los laboratorios que son consultados por esa oficina, con el objeto de la elaboración de los precios de referencia.

Dicha solicitud es realizada en virtud de poder invitar a la apertura de dichos actos licitatorios a los mencionados laboratorios, a fin de lograr adquisición de medicamentos a precios convenientes acorde a la realidad del mercado (E 5587C1I105).

En el E10351 la ex jefa del Programa Nacional emitió una nota a la Comisión de Evaluación anticipando algunas situaciones que sabía que generarían llamados de atención desde los organismos de control del propio Estado como la SIGEN:

(...) habiéndose analizado la misma, y sin perjuicio de la necesaria comparación de los precios ofertados con los testigos de la SIGEN y la determinación a la que arribe esa comisión al respecto, se informa que los productos detallados a continuación y por las cantidades que se indican son de imprescindible y urgente necesidad para este Programa, a saber: 94990

AMPRENAVIR CAPSULAS 150 MG, 36229 LOPINAVIR/
RITONAVIR JARABE 100 MG/ ML, STAVUDINA JARABE 10
MG, FOSCARNET SODICO- FRASCO 500 MG....
(E10351C7I169).

En relación a este apartado, agregamos las definiciones que en julio de 2003 el director General de Administración comunicó al departamento de Contabilidad y fueron plasmadas en el E7970:

Habiéndose constatado que en los créditos asignados para el Programa 22, no se cuenta con saldo para hacer frente a la citada contratación, la superioridad dispuso afectar el importe requerido al programa 30 Actividad 1- Emergencias Sanitarias (E7970C1I16).

Ante el pedido de intervención de la SIGEN por precios testigos, la sindicatura respondió del mismo modo en dos expedientes. La respuesta emitida indicó que la idea de estos organismos era mostrar el poder del Estado, su capacidad y autonomía, en un intento de controlar al mercado. Sin embargo, como anticipo de la segunda parte de la tesis, podemos asegurar que fue una tarea imposible, ya que el Estado terminó cediendo ante la presión de los mercados y la sociedad civil:

Los criterios y procedimientos utilizados están basados en la aplicación de factores de corrección que intentan moderar las comentadas anomalías del mercado. Para la selección de dichos factores se ha tenido en cuenta el programa origen de la contratación, los volúmenes de la misma, el comportamiento anterior de los eventuales oferentes. Además se ha formulado análisis macroeconómicos aplicables a la actividad, considerando los efectos exteriorizados por productores y comercializadores con motivo del dictado de disposiciones en el año 2002 referidas a un nuevo sistema de cambio entre el peso y las divisas extranjeras, regulaciones cambiarias relacionadas y demás efectos generados por estas modificaciones.

(...) el pliego de Bases y Condiciones no ha fijado moneda de cotización y de pago. Existen renglones del concurso que incluyen influencia de insumos importados (...) pueden generar

variaciones de importancia en los criterios que respecto a los precios adopten los posibles oferentes conforme a las expectativas que evalúen, independientemente de lo expresado en estas aclaraciones. (E7970C9I68, 72; E10351C7I134).

Los hallazgos habilitan dos tipos de análisis. Un primer anclaje basado en el rendimiento de las políticas públicas, consideradas como productos del sistema, se destacan en la medida en que pueden contribuir a la resolución de problemas reales de la sociedad y retroalimentan la legitimidad del sistema (Alcántara Saez, 1995). En ese sentido, García Delgado (2010) asegura que, en momentos de crisis y de incertidumbre, las políticas públicas son centrales porque permiten poner en evidencia la capacidad o no del Estado de modificar con esas decisiones las expectativas de la sociedad. La interacción entre la eficacia y la legitimidad de las decisiones que se toman se encuentra íntimamente vinculada a la gobernabilidad.

Un segundo nivel de análisis nos invita a profundizar al interior del funcionamiento de la burocracia, en cuanto a la posibilidad de implementación de las políticas. Oszlak (1980) plantea la dificultad en la convivencia de racionalidades políticas y planificadoras, el divorcio entre ellas se percibe como una falla en la implementación de las políticas. Así, las soluciones técnicas no solo son compatibles con una realidad social diferente sino que proponen otra realidad. El funcionamiento de la burocracia del Estado en el contexto de crisis mostró una fuerte tensión y competencia entre élites burocráticas de las reparticiones del propio Ministerio de Salud, los organismos de control y el Ministerio de Economía. Entonces, se reconoce el proceso de cristalización de las instituciones que explican Oszlak y O' Donnell.

Podemos aventurar que los intereses y las racionalidades que se pusieron en juego en cada uno de estos estamentos no fueron los mismos y que existió un entramado de poder que se exacerbó en instancias en las que el funcionamiento de las instituciones vio alterada su cotidianeidad. El Ministerio de Salud se preocupaba por cubrir la demanda y se alejaba de lo estrictamente normativo, especialmente en aquellas áreas que definieron como prioritarias y buscaron encauzar las necesidades, respondiendo a la

racionalidad política que definió el Poder Ejecutivo de la Nación. Tanto en los testimonios de los entrevistados como en los registros parecería que luego de tomar decisiones políticas se busca el encuadre legal y el refugio en la racionalidad planificadora, especialmente en el E1350.

Dentro de la estructura del Estado, era deseable que el Ministerio de Salud fuese quien afronte la situación y haya tomado decisiones en sus áreas, pero lo hizo sin el acompañamiento o en forma paralela a las distintas estructuras. A pesar de la fragilidad institucional de ese momento se tomaron decisiones que pusieron en juego la autonomía y la capacidad de algunas áreas del Estado, tanto así que condujeron a la confrontación con otras áreas del Estado, característica que expresa la baja institucionalidad. La desarticulación resultante puede explicarse en la falta de conocimiento de las dinámicas intraburocráticas.

Ante la grave situación que atravesaba el país, el Ministerio de Economía tenía otras preocupaciones: la inflación y el desfasaje cambiario de ese momento dejaba al Estado con pocas posibilidades de maniobras, que podrían traducirse en poca capacidad y autonomía, para lograr negociar con empresas transnacionales. La prioridad estaba puesta en cubrir las demandas, pero intentando mantener un marco normativo que avalara los movimientos que se iban dando. Los organismos de control del Estado iban en esa línea, sin embargo los señalamientos planteados descontextualizaban las decisiones tomadas, tal vez hubiera sido más acorde colocar la emergencia sanitaria en primer plano e intentar trabajar de manera conjunta con el Ministerio de Salud, dotándolo de herramientas para las definiciones financieras. En ese punto, consideramos que esas tiranteces entre las élites tecnócratas, donde el saber disciplinar puede ser refractario a la racionalidad política podría ser interpretada por la ciudadanía como una conspiración del Estado hacia un determinado grupo de la población, especialmente aquellos señalados como adictos, homosexuales o trabajadores sexuales. La resistencia es un resultado esperado cuando las necesidades políticas involucran alterar jurisdicciones, jerarquías y competencias o afectar derechos adquiridos o situaciones de poder establecidas dentro del aparato estatal.

Otro aspecto que nos interesa marcar es la falta de sostenibilidad y predictividad de la elite burocrática o tecnocracia. Ante la crisis, cambiaron todos los cuadros técnicos y políticos del Programa Nacional de VIH/sida, situación que exigió generar nuevos acuerdos en un contexto adverso. En ese panorama, era muy difícil generar burocracias insuladas que condujeran idealmente a reducir la burocratización de los procesos. Entonces, siguiendo esa guía, planteamos una pregunta que articula los distintos capítulos de la investigación: ¿por qué se le dio tanta relevancia a las necesidades de las PVVS?, la relevancia de la problemática ¿cómo se asocia a la visibilidad de las PVVS en función del lugar de residencia y reclamo? Si lo pensamos desde la propuesta teórica de O' Donnell en relación a la presencia del Estado según áreas geográficas, podemos suponer que las PVVS encadenadas al Ministerio de Salud de la Nación, cortando Avenida 9 de julio de Ciudad Autónoma de Buenos Aires o rompiendo los vidrios del Ministerio lograron obtener alta visibilidad en relación a las PVVS de cualquier otro punto del país. Los medios de comunicación se ocuparon de mostrar esa situación. Además, los referentes del Ministerio estaban muy atentos a las cuestiones legales que la falta de medicamentos podría acarrear basada en la Ley de Sida, ese aspecto también es remarcado muchas veces en los escritos. Los compromisos con los organismos internacionales y el enfoque de derechos que tienen las políticas para PVVS también eran un factor de presión relevante: VIH/sida era un tema de agenda internacional y cualquier cuestión que afectara a ese colectivo era rápidamente denunciado a nivel mundial.

Capítulo 3 Políticas con enfoque de derechos, ciudadanía y universalidad: la adquisición de medicamentos para PVVS garantizados por el Estado

En este capítulo se comunican y analizan los resultados de la primera dimensión Estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV para las categorías: 1.1 Modalidad de adquisición de ARV, 1.5 Comunicación con programas provinciales para la distribución de ARV a las regiones sanitarias, 1.6 Presupuesto y 1.8 Oficinas por la que circula el expediente según los expedientes analizados, las normativas vigentes en el período y los testimonios de los entrevistados.

El marco para construir el capítulo lo pensamos a partir de las características que tienen las políticas de protección que se gestan en Estados latinoamericanos atravesados por crisis, con burocracias que no alcanzan a generar institucionalidad en todo el territorio y conviven con la presión internacional que puja por lograr enfoque de derecho en todas las políticas. El eje de la cuestión vira, se desplaza de la idea de un sujeto que necesita protección a un sujeto que tiene derecho a recibir y reclamar protección por parte del Estado.

Según el documento de trabajo del Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos IIPDH del Mercosur *Ganar derechos. Lineamientos para la formulación de políticas públicas basadas en derechos*, el enfoque de derechos y el concepto de ciudadanía se solapan, tienen varios puntos de contacto, se complementan en otros y también muestran matices que podrían entenderse como puntos disímiles. En ambos casos hay un intento de hacer visible la titularidad de derechos de las personas y, a partir de allí, definir las implicancias en las diferentes dimensiones de la vida pública y privada (Rossi & Moro, 2014). El informe asegura que, mientras el enfoque de derechos da mayor relevancia a los aspectos normativos y jurídicos, la perspectiva de la ciudadanía tiende a ponderar más la dimensión social e identitaria en tanto proceso de construcción colectiva. El mismo documento reconoce que un aspecto que puede resultar disonante entre ambos marcos conceptuales es aquel que atañe al clivaje identitario. La teoría de la ciudadanía pone especial énfasis en el carácter societal de la ciudadanía y,

por tanto, refiere a la construcción de un sentido de pertenencia a una comunidad política (la construcción de un “nosotros” da acceso a derechos y obligaciones y nos diferencia de los “otros”).

En contrapunto, el enfoque de derechos hace especial hincapié en un deber ser igualitarista que trasciende esa pertenencia más allá de la nacionalidad, por ejemplo, y postula un horizonte de igualdad en el acceso a derechos a escala universal (Rossi & Moro, 2014, p.14). El enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a otorgar poder por la vía del reconocimiento de derechos. De este modo, cambia el punto de partida para diseñar una política. Ya no se trata solo de personas con necesidades que reciben beneficios asistenciales o prestaciones discrecionales, sino de titulares de derechos que tienen el poder jurídico y social de exigir del Estado ciertos comportamientos. La cuestión de las necesidades y de los sujetos sociales a las cuales se destina una política pública será trabajada en la tercera parte de la tesis.

El abordaje de las políticas diseñadas e implementadas en Latinoamérica con enfoque de derechos trae aparejadas dos cuestiones fundamentales que son planteadas por Andrenacci & Repetto (2006) en consonancia con lo trabajado por O'Donnell (2007). La primera cuestión son las modalidades, el alcance y la intensidad del avance de la economía capitalista en los diferentes países, con un consecuente matriz de sujetos sociales que responde a esa lógica; y en segundo lugar el modo y la cronología en que los Estados latinoamericanos gestionan la política social, a partir de la primera cuestión. Como ya hemos desarrollado anteriormente, la penetración o presencia que tiene el Estado en los territorios, la heterogeneidad cuantitativa y cualitativa de las instituciones que representan al Estado dan cuenta de su institucionalidad. Al colocar estos elementos en un mismo plano resulta fundamental plantear políticas sociales que permitan sostener gobernabilidad democrática (Andrenacci & Repetto, 2006). Las políticas sociales en tanto intervenciones del Estado deberían establecer condiciones mínimas comunes de reproducción y socialización para los individuos y grupos que coexisten en el espacio de un Estado-nación. A este conjunto de condiciones mínimas se lo llama “umbral de ciudadanía”.

El concepto de política social podría pensarse en dos orientaciones fundamentales: la primera se orienta a garantizar a los ciudadanos sistemas de protección frente a la emergencia de situaciones que pueden suponer un riesgo para el bienestar individual o familiar: enfermedad, incapacidad laboral, vejez, familia numerosa, son ejemplos de riesgos vitales previsibles protegidos por instituciones específicas administradas o reguladas por autoridad estatal. La segunda se orienta hacia situaciones de carencia que pueden afectar a grupos poblacionales de diferente magnitud y se asocia a la imposibilidad de satisfacer necesidades básicas de diferente tipo: alimentación, vivienda, salud, educación, ocupación, educación, que suelen sintetizarse bajo referencias de pobreza, indigencia, exclusión (Belmartino et al., 2001). En función del peso relativo que cada uno de estos componentes tuviera en la agenda social del Estado, las estrategias puestas en marcha para procurar respuesta y los valores sociales comprometidos han variado en diferentes periodos históricos en correspondencia con los diferentes modelos de organización estatal. En este marco se inscribe la compleja construcción de la ciudadanía social, la que se define como un vínculo de integración social que se construye a partir del acceso a los derechos sociales siempre cambiantes en una comunidad.

El enfoque de derechos se plantea como superador al concepto de ciudadanía. Sin embargo, es interesante la perspectiva de Levin, (2010,p.29) al respecto, ya que considera que ciudadanía es una categoría histórica que evoluciona en el mundo de la vida cotidiana y que con el transcurso del tiempo va aumentando distintos contenidos. La movilidad de su agenda está fuertemente vinculada al avance o retroceso experimentado en el campo de los derechos sociales y de la política social. En el libro *Derechos al revés ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?*, la investigadora presenta un debate sobre los distintos enfoques de ciudadanía y recupera sus bases filosóficas: concepción liberal, republicana y comunitarista⁵. Sostiene que

5 **Concepción liberal** predomina una comprensión individualista instrumental acerca del papel del ciudadano. El ciudadano es el individuo y sus derechos. La pertenencia a una comunidad está asegurada a partir del otorgamiento de un número creciente de derechos de ciudadanía. En estos términos, el concepto de ciudadanía reconoce una relación directa entre el Estado y los ciudadanos y en esta línea se ubica a uno de los clásicos como Thomas Marshall. El liberalismo político entiende que, reconocidos los derechos individuales, los gobiernos deben atenerse a lo que ordena la ley. **Enfoque republicano** en

los matices de las posiciones filosóficas entre liberales, republicanos y comunitaristas nos conducen a la naturaleza de los problemas que nos ocupan. La justicia, la libertad, la autonomía, la igualdad confrontan por sus espacios en cada comunidad. Por último, Levín reconoce enfoques plurales y allí ubica a Sonia Fleury, la ciudadanía es pensada como categoría política de base igualitaria, que expresa el vínculo más importante del Estado moderno con la sociedad, basado en la integración social. Esta mediación, al igual que el sistema de representación y las instituciones a las que dio origen, conformaron un nivel de Estado, llamado Estado Social o Estado de Bienestar, donde las instituciones estatales y sociales se sintetizan en un formato complejo, a veces indiferenciado. El status de ciudadanía así concebido confiere legitimidad para el ejercicio del poder político y neutraliza las diferencias propias de los distintos actores sociales colectivos para enfatizar la figura del sujeto individual, portador de derechos y deberes de ciudadanía que garantizan su integración. Por lo tanto, la ciudadanía definió criterios de inclusión, que funcionan socialmente como reglas, que presuponen al mismo tiempo criterios de exclusión (Op. Cit.,: 43).

En tanto Fleury (1997) en su libro *Estado sin ciudadanos*, es crítica respecto a la ciudadanía como categoría analítica, ya que la cuestión de la base igualitaria termina ocultando relaciones de desigualdad propias de la existencia de clases sociales, con la finalidad de garantizar y reproducir las condiciones de dominación social. El ciudadano es un ser autónomo, razonable y responsable que goza de dos tipos de derechos: libertades, tales

esta tradición prevalece una concepción comunitarista ética. El individuo pertenece a una comunidad ético- cultural que se determina en sí misma. Se es ciudadano por la vinculación y compromiso con las instituciones republicanas y el cumplimiento de deberes para con la comunidad política. En esta línea de pensamiento se ubica a Hannah Arendt quien considera a la ciudadanía como un espacio de construcción de lo público. El ser reconocido por los pares como ciudadanos, significa que se tiene derecho a tener derechos como principio político básico. La ciudadanía activa exige ser sujeto de derechos y ser sujeto de una construcción política común, es decir constituirse en actores. Se visualiza a los ciudadanos como integrantes de la comunidad política, como parte de un todo, de manera que sólo pueden conformar su identidad personal y social a partir de tradiciones comunes y de instituciones políticas reconocidas. La posición jurídica de la ciudadanía se constituye mediante una red de relaciones igualitarias de reconocimiento recíproco. Requiere de ciudadanos que participen activamente en la construcción y ampliación de la esfera de los derechos. En cuanto al **enfoque comunitarista** basa su teoría en la noción de identidad de las personas, producto de la comunidad a la que pertenece su cultura y tradición, y la concepción del bien compartida por sus miembros. Desde esta visión, la ciudadanía es concebida como adhesión a la comunidad, definida ésta por rasgos prepolíticos y revitalización de los valores tradicionales.

como aquellas de asociación, de expresión y de acceso a la información y derechos de participación, entendida como el derecho a elegir y a ser elegido para posiciones de gobierno. No obstante, la ciudadanía entendida como dimensión pública de los individuos presupone un modelo de integración y de sociabilidad que trasciende los intereses egoístas del individuo en el mercado en dirección a una actitud generosa y solidaria. El ciudadano como ser humano racional y responsable nos remite a la noción de autonomía, definida como plena cuando envuelve las capacidades de saber escoger y establecer preferencias, de intervenir en los asuntos de la sociedad y, a través de sus mediaciones, también en los Estados. Sin embargo, según Fleury, no se puede ignorar que esa autonomía solo puede existir de forma mediada, tanto por la naturaleza como por el espacio público y por las instituciones. Por lo tanto, no se puede pensar en la autonomía sin pensar en la dependencia. Levín, (2004) analiza la ciudadanía universal y la inclusión social, y desarrolla la idea de lo universal y lo particular teniendo en cuenta las diferencias. La política consiste siempre en domesticar la hostilidad y en tratar de neutralizar el antagonismo potencial que emerge en toda construcción de identidades colectivas. En este sentido, la autora toma a Chantal Mouffe para abordar la ciudadanía como un tipo de identidad política, implica una forma de identificación y no un simple status legal. La identidad política involucra a un conjunto de personas que pueden individualmente comprometerse con objetivos y emprendimientos personales diferentes y mantener distintas concepciones del bien, pero para el logro de esos objetivos y de las acciones que proponen aceptan el sometimiento a reglas que prescribe la comunidad política pública (2004, p.134).

Se entiende que la ciudadanía puede ser considerada como categoría universal en el sentido de pertenencia de todos los sujetos a una comunidad política, social y cultural. Sin embargo, se mantiene la pregunta respecto a de qué manera se deberá tratar la particularidad- derivada de diferencias de raza, religión, cultura, edad, entre otros- en la construcción de derechos (Levín, 2010). En las distintas declaraciones internacionales se incluye el término universal, como un concepto dado y sin discusiones en cuanto a qué se refiere, sin embargo, en el marco de este trabajo de

investigación, dicho concepto merece una reflexión, si tenemos en cuenta las implicancias de su uso cuando se estudian políticas y sistemas de salud.

El aporte de Judith Butler resulta acorde a la problemática trabajada. La autora afirma que lo universal es lo que pertenece a todas las personas, pero no es todo lo que pertenece a cada persona. En realidad, si se sostiene que las concepciones, los estados de conciencia, los sentimientos, lo que es específico y vital, también pertenecen a todas las personas, se identifica aparentemente un rasgo universal que no encaja bajo la rúbrica de universalidad. De este modo, el requerimiento abstracto de la universalidad produce una situación en la cual la universalidad misma se duplica: en la primera instancia es abstracta y en la segunda es concreta (Butler, Laclau, & Žizek, 2000,p.23).

Lo universal empieza a ser articulado precisamente mediante los desafíos a su formulación existente, y estos desafíos emergen de los que no están cubiertos por el concepto, de los que no están autorizados para ocupar el lugar del "quién", pero que, a pesar de todo, exigen que lo universal como tal los incluya. Los excluidos, en este sentido, constituyen el límite contingente de la universalización. Y lo "universal", lejos de ser conmensurable con sus formulaciones convencionales, emerge como un ideal postulado y abierto que todavía no ha sido adecuadamente codificado por un conjunto cualquiera de convenciones legales (Butler, 1997, p.151). Cuando se habla de "derechos humanos de lesbianas y gays" o inclusive de "derechos humanos de la mujer", aparece la confrontación de una extraña vecindad de lo universal y lo particular que ni sintetiza a los dos ni los mantiene separados. Evidentemente, el "humano" no incluye fácilmente lesbianas, gays y mujeres, y la movilización actual busca exponer las limitaciones convencionales de lo humano, término que establece los límites del alcance universal del derecho internacional. Pero el carácter de exclusión de esas normas convencionales de universalidad no impide que se recurra al término, aunque signifique entrar en la situación en la cual el significado convencional se transforma en no convencional. Esto no significa que tenemos un recurso a priori más verdadero de universalidad. Sí sugiere, sin embargo, que las normas convencionales y de exclusión de universalidad pueden producir formulaciones no convencionales de

universalidad que exponen los rasgos limitados y de exclusión de la primera, al mismo tiempo que movilizan un nuevo conjunto de demandas (Butler et al., 2003)

Estas discusiones se plasman en el ámbito de las políticas e interpelan a la focalización de las mismas. El BM ha promovido una segunda generación de programas sociales desarrollados en clave de derechos, los beneficiarios son titulares de derechos exigibles. Esto, naturalmente, constituye para tales grupos un avance, aunque supone excluir a otros grupos de la política social. Aquí, por tanto, la universalización aparece circunscrita a un público específico (Abramovich, 2006). En esta línea se encuentra la producción de varios investigadores como Nuria Cunill Grau, Victor Abramovich, Luciano Andrenacci y Fabián Repetto. Desde la perspectiva de Cunill Grau (2010) la segunda generación de programas sociales promovida por el Banco Mundial desde la década del '90 incorpora un marco de derechos denominado “marco comprensivo para el desarrollo”, que define la pobreza como un fenómeno multidimensional. La propuesta apunta sólo a la extensión de la cobertura de las prácticas focalizadas y la universalización aparece circunscripta a un público específico, los acreedores de derecho pertenecen a un grupo específico. Eso implica que el respectivo derecho, aunque reconocido para el universo social, puede estar circunscrito a determinados servicios o prestaciones. Los beneficiarios son en ellos titulares de derechos exigibles. Además, el que se reconozca a una política social un carácter universal no significa que abarque todos los aspectos que pueden estar concernidos en el ejercicio de un derecho. Por lo tanto, que el móvil central al adoptar una política con enfoque de derechos sea racionar los derechos es muy diferente a buscar una universalización plena. El reconocimiento de los derechos humanos remite a la exigibilidad de determinados servicios o prestaciones, a la integralidad en su diseño y suministro y a la universalidad de la provisión para toda la población. La universalidad como una característica de las políticas sociales no significa, necesariamente, que ella abarque todos los aspectos que pueden estar concernidos en el ejercicio de un derecho.

Ahora bien, los servicios o las prestaciones exigibles pueden ser pensados como estrategias de intervención que se enmarcan en las políticas

sociales colocando a la ciudadanía como umbral de integración social. En este sentido, Victor Abramovich indaga en la cuestión de la posesión de un derecho y las principales connotaciones del uso del lenguaje de derechos en el campo de las políticas de desarrollo. El autor sostiene que el reconocimiento de derechos impone habitualmente la necesidad de establecer medidas judiciales o de otro tipo que permitan al titular del derecho reclamar ante una autoridad judicial si el sujeto obligado no da cumplimiento a su obligación. Es indudable también que el reconocimiento de derechos limita de alguna manera el margen de acción de los sujetos obligados, entre ellos el Estado, pues define en cierta medida y en sentido amplio, lo que el obligado puede y no puede hacer (Abramovich, 2006, p.40).

Entonces, en las políticas con enfoque de derechos subyace la construcción de una nueva ciudadanía, que conlleva tanto cambios en el financiamiento como diseños especiales en las instituciones y en la gestión de los entes que formulan y ejecutan las políticas. De este modo, Cunill Grau (2010) le da gran relevancia a la viabilidad institucional que tiene la implantación de políticas con enfoque de derechos, y asegura que los derechos económicos, sociales y culturales requieren de recursos, instituciones y capacidades públicas. Es la vinculación entre los tres la que realmente determina la medida en que una política con enfoque de derechos puede ser plenamente ejecutada.

Desde este lugar, el principio de la universalidad significa específicamente que el derecho en cuestión se define para toda la población. El acento en la igualdad y la no discriminación surge asociado al marco normativo internacional de los derechos humanos, que tiene una particular preocupación con individuos y grupos que son vulnerables, marginales, desaventajados o socialmente excluidos.

Sin embargo, Fleury (1999a) asegura que el problema de la gobernabilidad en América Latina está fundado en la contradicción que se establece al tratar de mantener un orden jurídico y político basado en el principio de la igualdad básica entre los ciudadanos y, al mismo tiempo, preservar el mayor nivel mundial de desigualdad en el acceso a la distribución de la riqueza y de los bienes públicos. Asegura que en América

Latina la relación entre el Estado y la sociedad se ha distinguido por tres características centrales —patrimonialismo, autoritarismo y exclusión— que actúan de manera sinérgica, cada una de ellas potenciando a las demás. Al mismo tiempo, en estas características pueden encontrarse las raíces de la crisis estructural del Estado latinoamericano, potenciada y ampliada por el proceso de globalización de la economía mundial. La socióloga además basa su análisis en la dependencia que tiene Latinoamérica no solo de los países centrales sino también de los organismos internacionales de préstamo, y se refiere a los países de América Latina como “Estados de crisis permanente”.

El Estado -diferenciado, complejo, contradictorio- aparece como un actor más en el proceso social desarrollado en torno a la emergencia. Se podría imaginar una multiplicidad de situaciones en las que el Estado decide insertarse (o no) en un proceso social, en una etapa temprana o tardía de su desarrollo, con el objeto de influir sobre su curso asumiendo posiciones que potencialmente pueden alterar la relación de fuerzas de los actores involucrados en torno a la cuestión, incluyendo el propio Estado. Resulta pertinente plantear ante cuáles problemas puede y debe intervenir el Estado y, por lo tanto, reconocerlos o crearlos como cuestión, y preguntar, tal como lo hacen Oszlak y O'Donnell, qué compleja función compone, a partir de las agendas de cada actor, aquella que está efectivamente vigente. La agenda suele reflejar las cuestiones socialmente problematizadas que consiguen suscitar la atención de las instituciones que conforman al Estado en sus distintos niveles (nacional o subnacionales) y poderes (ejecutivo, legislativo o judicial) (Oszlak & O'Donnell, 1981, 2007).

Ahora bien, retomando el problema de investigación, afirmamos que Argentina, a pesar de la situación compleja que atravesaba en el contexto de estudio, no escapaba a las obligaciones que tiene en cuanto a garantizar el derecho a la salud. El acceso a medicamentos esenciales es fundamental para alcanzarlo y forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Los Estados tienen la obligación de hacer todo lo que razonablemente puedan para garantizar que los medicamentos existentes estén disponibles en cantidades suficientes en sus jurisdicciones, y además tienen la responsabilidad de tomar medidas

razonables para garantizar que nuevos medicamentos necesarios sean desarrollados y que estén disponibles. Los informes de Naciones Unidas son contundentes al respecto: numerosos casos judiciales, así como resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, confirman que el acceso a medicamentos esenciales es un elemento clave del derecho a la salud. Algunos de los casos también confirman que las cuestiones relacionadas con el acceso a medicamentos esenciales están conectadas de manera cercana a otros derechos humanos, tal como el derecho a la vida (ONU, 2016).

Los representantes de la ONU afirman que, además de estar disponibles, los medicamentos también deben ser accesibles (Hunt & Khosla, 2008). La accesibilidad tiene cuatro dimensiones: 1-Los medicamentos deben ser accesibles en todas partes del país (incluye el diseño de sistemas de provisión de medicamentos como los programas). 2-Los medicamentos deben ser económicamente accesibles (asequibles) para todos, esto tiene mayores implicancias para los arreglos de financiamiento y precio de los medicamentos. También se vincula a la rectoría del Estado para revisar los aranceles de importación y otros impuestos. 3-Los medicamentos deben ser accesibles sin discriminación basada en argumentos prohibidos, tales como sexo, raza, etnia y situación socio-económica. 4- Los pacientes y profesionales de la salud deben tener acceso a información confiable sobre medicamentos para poder tomar decisiones bien informados y utilizar medicamentos de manera segura (Hunt & Khosla, 2008).

Desde 1977, la Organización Mundial de la Salud define la primera Lista de Medicamentos Esenciales (LME) con el objetivo de brindar un marco de referencia para que los países adecuen y planifiquen sus políticas de salud en función de las características epidemiológicas de su población, específicamente aquellas vinculadas a medicamentos (OMS, 2001a). En las últimas décadas, los cambios en la LME han reflejado la complejidad de los problemas de salud pública, por ejemplo mediante la inclusión de medicamentos antirretrovirales y formulaciones para tratar enfermedades no transmisibles. Así, las políticas de salud son parte de las políticas sociales de los Estados y nuestro planteamiento parte de reconocer

esas políticas en el marco de los derechos humanos. En el año 2002 los antirretrovirales fueron agregados como a la LME, de este modo toma mayor relevancia su gestión en los países.

Según Tobar (2002) en Argentina hay más dificultades de acceso a los medicamentos que a los servicios de salud y en 2002 la situación se agravó de forma significativa, por un lado por el deterioro de la situación social y laboral y por el otro por la crisis del sistema de salud. La proporción de personas por debajo de la línea de pobreza prácticamente se duplicó y el desempleo continuó creciendo. La ruptura de la cadena de pagos en la seguridad social concluyó con la interrupción de los servicios de farmacia en la mayoría de las obras sociales, comenzando por el Pami. Como consecuencia, la demanda sobre los servicios públicos se incrementó, al mismo tiempo que se restringían sus presupuestos y los precios de los medicamentos se disparaban.

Ginés González García, antes de llegar a ser el responsable del Ministerio de Salud de la Nación, escribió un libro titulado *Remedios políticos para los medicamentos* (1994). Allí asegura que el paradigma de la salud basada en la atención médica y los medicamentos estaba en crisis. Además, visualiza que las compañías farmacéuticas estaban enfrentándose con un ambiente más complicado que el que disfrutaron históricamente. Los costos estaban siendo cuestionados desde los consumidores, los políticos y los administradores de salud. Cuando Ginés González García asumió como ministro de salud generó numerosas intervenciones del Estado en relación a los medicamentos, cada una de esas decisiones provocó controversias y afectó distintos intereses. Entre ellas encontramos:

- Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOe): con el que se garantiza una canasta básica de medicamentos y prácticas que tiene que ser cubiertas por los agentes de la seguridad social con precios de referencia. Allí se incluye la cobertura del 100% a insulinas, oncológicos y antirretrovirales entre otros. Para lograrlo, el Estado termina financiando una buena porción a través de la Administración de Programas Especiales (APE) (abril de 2002).

- Sanción de la ley 25649 de promoción de la utilización de nombre genérico de los medicamentos y su reglamentación (agosto de 2002).

- Plan Remediar: distribución y entrega gratuita de una selección de medicamentos de uso ambulatorio directamente en los Centros de Atención Primaria de la Salud con el fin de fortalecer el primer nivel de atención, lo que condujo a realizar Programas para médicos comunitarios (octubre 2002).

En este marco se inscribieron las políticas que se implementaron para las PVVS. El problema del VIH/sida ha merecido la atención de los Estados y de organizaciones internacionales, como la ONU, se creó el ONUSIDA, con el fin de enfrentar los desafíos que presenta la epidemia: la promoción y prevención de la transmisión del virus, además de grandes esfuerzos por garantizar el acceso al tratamiento ARV adecuado.

La modalidad de adquisición de ARV es documentada en los expedientes analizados, en dos de ellos se utilizó la compra directa, ambas compras se realizaron en el momento más álgido de la crisis. Luego, en el año 2003, se realizaron dos licitaciones públicas con aproximadamente un mes de diferencia (Tabla 1). Todos estos procesos son publicados en el Boletín Oficial de la Nación.

En la Tabla 2 se detallan los presupuestos que manejó cada expediente.

Tabla 2: Presupuestos necesarios para cubrir lo solicitado por el Programa según los expedientes

Expediente	Presupuesto del Ministerio de Salud	Referencia (Cuerpo Imagen)	Presupuesto según precios testigo de SIGEN	Referencia (Cuerpo Imagen)
1350	\$ 12604225,51	C1I27	\$18000000	C6 I327
	\$ 18892437,90	C6 I146		
	\$ 31496662,95	C6 I165		
5587	\$ 14961508,93	C1I22	Sin datos	
7970	\$70204662,10	C1I3	\$ 6813547,18	C1 I15
10351	\$ 6781846,17	C1I2	\$ 5041357,75	C1 I15

Fuente: elaboración propia

La modalidad de adquisición de compra directa fue justificada y definida por el Decreto N° 1023/01, artículo 25, inciso d apartado 5 “Urgencia”. Tal decreto reglamentó la Ley 25414, tiene fecha 13 de agosto de 2001 y pertenece al Poder Ejecutivo Nacional en el marco de la declarada emergencia pública mediante la cual el Congreso de la Nación delega en el Poder Ejecutivo de la Nacional hasta el 1° de marzo del año 2002 el ejercicio de atribuciones legislativas en materias determinadas de su ámbito de administración y resultantes de la emergencia pública:

CONTRATACION DIRECTA. La selección por contratación directa se utilizará en los siguientes casos: (...)

5) Cuando probadas razones de urgencia o emergencia que respondan a circunstancias objetivas impidan la realización de otro procedimiento de selección en tiempo oportuno, lo cual deberá ser debidamente acreditado en las respectivas actuaciones, y deberá ser aprobado por la máxima autoridad de cada jurisdicción o entidad (Decreto N° 1023/01).

Como se mostró en el primer capítulo, a pesar de contar con esa normativa fue muy complejo enmarcar esta modalidad de adquisición ante los organismos de control.

En el E1350, el subsecretario de Programas de Prevención y Promoción Ministerio de Salud solicita al Ministro encuadrar el acto licitatorio como *Contratación Directa por Urgencia*, se tramita la adquisición de insumos considerados críticos para la salud de la población basado en datos epidemiológicos (E1350C1I56)

(...) los datos recogidos hasta el 31 de diciembre de 2001 muestran que el total de casos de Sida es de 21236 (...) (E1350C1I2; E5587C1I20).

En este sentido, la jefa de Programa de ese momento considera que una de las grandes debilidades que tenía el Ministerio era la falta de información para tomar decisiones, planificar y justificar resultados de indicadores ante los organismos internacionales:

“Le pedimos al Banco Mundial que redireccionara 60 millones de dólares por año para medicamentos para VIH/sida y nos preguntaban:¿cuántas personas van a atender? 60 millones para

18000 personas empadronadas. Empezamos a depurar los padrones, chequear esa información, ver si todos los que estaban en los padrones iban a retirar, si había muertos, cuando depuramos los padrones había 15000 pacientes y teníamos que justificar por muchos años ante el Banco Mundial porque no llegábamos a la meta de 18000 y era porque no había 18000, todos los años justificar, no gastábamos 60 millones, eran más efectivas las compras porque depuramos los padrones, había que ver las desviaciones”.

Coincide con uno de los asesores médicos del Programa de ese momento:

“No había registro de pacientes, mandábamos a las provincias lo que nos pedían”.

En su relato agrega elementos para describir la complejidad de la gestión:

“Había una farmacia abajo del Ministerio, había pacientes que retiraban doble, retiraban en el hospital y retiraban en el ministerio con una orden, sobre todo los de Capital, los otros estaban lejos, algunos porque tenían miedo de quedarse sin y después había papeles pegados con la venta de ARV, cuestiones espurias, éramos una brigada viendo que pasaba con los ARV”.

En ese contexto y sin buscar demasiados consensos se intentaba llevar adelante las adquisiciones, así el Ministro de Salud de la Nación resuelve:

Autorizar a convocar un llamado mediante Contratación Directa en el marco de la emergencia sanitaria....para la compra de medicamentos, por un valor estimativo de PESOS CATORCE MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y UN MIL QUINIENTOS OCHO CON NOVENTA Y TRES CENTAVOS (E5587C1I48).

Luego, en 2003, las adquisiciones se hicieron mediante licitaciones, para iniciar el proceso el director ejecutivo del Programa Nacional elevó la nota de inicio de expedientes solicitando la compra de medicamentos (E7970C1I3; E10351C1I2) y el Ministro de salud resolvió:

Autorizar a convocar un llamado mediante Licitación Pública de acuerdo a las prescripciones contenidas en el Artículo 25° inciso a) apartado 1 del Decreto 1023/01 para provisión de medicamentos, por un valor estimativo de PESOS SIETE MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS SESENTA Y DOS CON VEINTISEIS CENTAVOS (Resolución 123) (E7970C1I89).

Autorizar a convocar un llamado mediante Licitación Pública de acuerdo a las descripciones contenidas en el Artículo 25°, inciso a) apartado 1 del Decreto 1023/01 para la provisión de medicamentos, por un valor estimativo de PESOS SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS CON DICISIETE CENTAVOS(Resolución 333) (E10351C 1I42).

En el momento más crítico se decidió utilizar como modo de adquisición las donaciones, así es registrado en los expedientes. Desde el Programa Nacional se envió un escrito al subsecretario de Programas de Prevención y Promoción en respuesta a lo requerido por el Ministro de Salud:

Adjunto a la presente el listado de antirretrovirales en stock crítico para solicitar donaciones a diferentes países (...)(E1350C6I242).

Mientras transcurrían los tiempos necesarios para realizar la adquisición de medicamentos, se generó el Memorando N° 352, fechado 04 de marzo de 2002, donde se informa sobre un relevamiento del Área de gerenciamiento del Programa Nacional de Sida:

Se remite listado de antirretrovirales en stock cero o crítico para ser solicitados a México o España (E1350C6I243).

Respecto a las donaciones, la ex jefa de Programa reconoce que se pidieron donaciones; sin embargo, terminó siendo un problema más para la gestión:

“Brasil nos mandó algo que tenía vencimiento próximo. Se recibieron donaciones que fueron más un dolor de cabeza que otra cosa, hasta que hacíamos todos los trámites para sacarlo de

Aduana, después los llevábamos a INAME para que los analizará, después de todo eso se nos vencían”.

A pesar de intentar concretar la compra de medicamentos, los mecanismos administrativos dentro del Estado se encontraban evidentemente lentos y trabados. Los registros ponen en evidencia esas dificultades, los precios de los insumos eran un problema, se escapaban de los márgenes establecidos por el propio Estado y quedaban renglones sin adjudicar que luego, ante la necesidad de cubrir la demanda, terminaban comprándose de todos modos. El 26 de agosto de 2002, el director ejecutivo del Programa Nacional envió una nota al Director de Compras, Patrimonio y Suministro, en referencia al renglón 32 de la compra directa 40/02:

Solicito la compra de Indinavir comprimidos, motivado en el stock crítico en el que se encuentra este medicamento en el programa...

La urgencia de este pedido se debe a que este es un medicamento antirretroviral y la discontinuidad en los tratamientos puede provocar resistencia al mismo, con la consiguiente complicaciones a pacientes y erogación de gastos extras para este Ministerio por los monitoreos para comprobar resultados o evaluar su cambio...(E5587C8I112).

Cuatro días después, se sumó otra nota del mismo tenor para solicitar Nelfinavir comprimidos, el argumento que se utilizó es el mismo que con Indinavir y sobre el final aclaró:

Cumplo con informarles que la cantidad solicitada cubre las necesidades de ese medicamento por dos meses (E5587C8I158)

En este contexto resulta interesante tener en cuenta que en junio del mismo año el Poder Legislativo de la Nación había sancionado la Ley 25590 (Anexo), mediante la que se definió eximir del pago de derechos de importación y demás gravámenes a productos críticos destinados al diagnóstico y tratamiento de la salud humana, comprendidos en posiciones arancelarias de la Nomenclatura Común del MERCOSUR e incluye ARV y métodos diagnóstico para VIH/sida. El fundamento para tomar esa decisión fue la Emergencia Sanitaria. Los medicamentos que necesitaban adquirirse eran importados por lo tanto los precios habían sufrido una suba muy

importante pero al mismo tiempo su importación era beneficiada por el Estado.

Luego de obtener las mejoras de precio solicitadas, con un importe de \$ 3.945923,15 el Ministro de Salud resuelve aprobar adjudicación de los ocho renglones que habían quedado sin adjudicación (E5587C8I 201, 202).

Como respuesta, el 29 de agosto se dispusieron, desde la Dirección de Compras Patrimonio y Suministro, a afectar \$1.994.418,42 para la adquisición de Indinavir 400 mg comprimidos (E5587C8 I114). Procédase a la afectación del gasto que se tramita por actuados con cargo al presupuesto: \$5075963,16 (E5587C8I331). También se encuentra que dentro de las estrategias que se pusieron en marcha para lograr el acceso a los medicamentos necesarios se realizó ampliación de compras. Es el caso del E5587, mediante el expediente 10924/02-4 se solicita la ampliación, se inicia el 31 de octubre de 2002 y tiene como carátula “*Ampliación contratación Directa 40/02*” (E5587C8I234).

Desde el Ministerio se hicieron notas en referencia a la contratación directa sobre principios de noviembre, allí se explicó que:

(...) resultando insuficiente el suministro indicado, solicita de ese Laboratorio la pertinente autorización para ampliar hasta un 35% los citados renglones, de acuerdo a lo establecido por el artículo 12 apartado a) del Decreto 1023/01

Dada la urgencia de contar con dicha medicación, se solicita imprimir al presente requerimiento trámite de urgente despacho, indicando en caso de aceptación de la ampliación de nuevo plazo en que puede entregar el suministro, el que se solicita ser el más abreviado, aclarándose que su contestación debe ser anticipada vía fax...(E5587C8I285,302).

Los proveedores convocados son: Roche SA, Glaxosmitkline Argentina SA, ELEA SACIFyA, Droguería Magna, Lazar & cia SA, Filaxis SA, Merck Sharp & Dohme INC, Richet, Rontag, Filaxis SA y Kampel Martian SA.

Ante el pedido de ampliación de un 35% de la compra directa N° 40/02, algunas empresas proponen un plazo de entrega superior al

contratado oportunamente. La directora ejecutiva del Programa Nacional responde:

Habiéndose evaluado los pro y contra de ampliar el plazo de entrega por parte de los laboratorios, le informo que esta Dirección presta conformidad a dicho pedido, ya que sería de mayor gravedad no contar con oferentes para los renglones solicitados (E5587C8I326).

En el dictamen de evaluación N° 32 del E7970 hay dos ejemplos de las decisiones que toma la Superioridad, en cuanto a situaciones donde las ofertas no son concordantes con las exigencias de la SIGEN: Lopinavir /Ritonavir forma farmacéutica cápsula blanda, presentación 133,3/33,3 mg Laboratorio Abbott comercializado por Abbott Argentina y Didanosina forma farmacéutica tabletas presentación 100 mg- Laboratorio Richmond comercializado por Droguería Magna

Única oferta- Se ajusta según informe técnico del programa SIDA- Precio NO CONCORDANTE CON SIGEN- Adjudicación a criterio de la Superioridad (E7970C9I101, 110).

La Dirección General de Administración recibe una nota el 05 de diciembre de 2003, donde se solicita que:

Ante la insuficiencia de crédito presupuestario a continuación se fijan las prioridades en lo inherente a productos y cantidades, para la compra de medicamentos encarada mediante Licitación Pública N° 18/03 tramitada mediante expediente de referencia, difiriéndose la decisión de adjudicar el resto del suministro cuando se promulgue el presupuesto 2004 (E10351C7I270).

En la Tabla 2 se observa el modo en que el presupuesto aumenta en pocos meses para el E1350: durante febrero se inicia el proceso y el presupuesto finalmente alcanzado en abril del mismo año supera al inicial en 19 millones de pesos. La AGN en sus informes pone en evidencia ese desfase. Sin embargo, en el punto 10 del mismo informe se declara:

Las opiniones técnicas de este Organismo de control no son jurídicamente vinculantes para las áreas controladas, que pueden apartarse de ellas (...) (E1350, C6I327).

(...) la aplicación del precio testigo, operará en paralelo con la gestión de compras y contrataciones de los organismos contratantes, sin que ello signifique interferencias ni interrupciones del proceso de contratación (E1350C6I327).

Este último punto habilitó márgenes de libertad para quienes son los responsables de tomar las decisiones pero, al mismo tiempo, la AGN protegió su trabajo mostrando el análisis pormenorizado de la situación. Se reconoce que el trabajo se hizo en paralelo en varias oficinas del Estado y que este análisis no impidió la adquisición.

En cuanto a la categoría 1.5 Comunicación con programas provinciales para la distribución de ARV a las regiones sanitarias, se encuentran resultados que llaman la atención: en los expedientes se incluyen notas de reclamos que son anteriores al inicio del proceso y de todos modos fueron sumadas a los expedientes en estudio. Así el 30 de enero de 2001 desde provincia de Santa Fe se enviaron notas poniéndose a disposición del Ministro de Salud de la Nación, específicamente en relación a la problemática del VIH/sida. Uno de los referentes del Centro de Tecnología en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario y del Programa Provincial puso a disposición todo el equipamiento y trayectoria de su grupo de trabajo

Asumir con responsabilidad y profesionalismo las enormes demandas de éstas difíciles circunstancias que nos han tocado vivir en nuestro país, quedé muy motivado con la idea de aportar la mayor cantidad de soluciones, en lugar de demandas (...)
(E1350C6I215).

Se encuentran incluidas en el expediente notas del 29 de noviembre de 2001; por ejemplo una nota del Presidente del Senado de la provincia de Buenos Aires (Felipe Solá) dirigida al gobernador de la misma provincia (Carlos Ruckauf), solicitando la intervención ante el Ejecutivo Nacional con el fin de informar acerca de la fabricación y comercio libre de fármacos de costos reducidos para PVVS en el marco de del Mercado Común del Sur:

Informe acerca de los estudios, proyectos, propuestas, consultas, etc. efectuadas en relación con la fabricación y comercio libre de

fármacos de costo reducido, destinados a la atención- universal, económica y continuada- de pacientes afectados de SIDA, en el ámbito geográfico de los países del Mercado Común del Sur (E1350C6I231).

El 20 de marzo de 2002, el Ministerio de Salud de la Nación recibió un pedido de ayuda en “*emergencia extrema*” de un diputado de la nación por la provincia de Salta para conseguir medicamentos.

Nuestro gobierno, en la catástrofe (en que el inefable gobierno que nos precedió, dejó al país) ha suprimido la pequeña disponibilidad con que contábamos los representantes de nuestro pueblo para atender estos fines (...) la vida de jóvenes amerita nuestra atención (...) (E1350C6I258).

La Dirección General VIH/sida de CABA se dirigió a la Dirección del Programa Nacional poniendo énfasis en la problemática de la transmisión vertical del VIH y la falta de medicamentos necesarios para prevenirla:

Nos encontramos que faltan los medicamentos esenciales para lograr que la tasa de transmisión llegue a menos del 1%, tanto para la mujer embarazada como para recién nacido. (Falta nevirapina, AZT+3TC y AZT jarabe)

Sin estas drogas, por más, que le hagamos a todas las embarazadas los estudios serológicos, no lograremos reducir los vergonzosos índices actuales.

Quisiéramos saber ¿qué debemos hacer?, cuándo podremos disponer de estas drogas?, ya que nuestro deber de conciencia, la presión de las PVVIH, las ONGs y de los médicos tratantes es cada vez mayor y nos quedamos sin respuesta (E1350C6I454).

En el E1350 se incluyeron reclamos de las distintas jurisdicciones, los tonos y la forma de dirigirse al Programa Nacional y a sus gestores son distintos: algunos lo hacen con mayor familiaridad, como compañeros de trabajo, y otros con distancia y respetando la lógica verticalista del programa.

Por favor si podés averiguar cómo está la entrega en esta zona y sobre todo en el Hospital que habla la nota te lo voy a agradecer

(hace referencia a una nota periodística) (...) muchas veces la medicación SE PIERDE EN EL CAMINO, estoy pensando en una forma, varias (...) para mejorar y monitorear este tema (...) si podés decime qué pasó con el Virasep y qué está faltando hoy (E1350C6I456).

Este es el panorama que trazó el Diario Crónica de Comodoro Rivadavia (Chubut) en su edición de hoy. La situación descripta se podría aplicar a la casi totalidad de la provincia y, dado que el Hospital regional de nuestra ciudad funciona como centro de cabecera de una amplia región de la provincia, la situación es desesperante. Sólo hay un par de organizaciones que trabajan con las personas que viven con VIH, las cuales no encuentran más solución en el ámbito del poder ejecutivo provincial que la provisión de un bolsón alimentario- reducido, por cierto- por mes.

...un panorama de cómo se vive este desastre asistencial aquí en el sur...Patagonia Argentina (E1350C6I456).

Desde la Dirección de Patologías Prevalentes y Epidemiología de Chubut se realiza una nota para informar la planilla de resumen de necesidades de medicamentos para el mes de abril de 2002, además muestra *urgencia para lograr la adquisición de algunos medicamentos (E1350C6I472).*

También desde Misiones la dirección de SIDA provincial reclamó:

Solicito en forma urgente la medicación de ARV correspondiente al mes de abril de 2002, ya que algunos pacientes tuvieron que suspender tratamientos específicos.

El mes pasado marzo 2002 se recibió el 50% de los medicamentos solicitados y hoy nos encontramos a mitad de mes sin respuesta en la entrega de medicamentos.

En Misiones estamos en zona de frontera, lugar crítico para la transmisión de esta enfermedad, y se comunica al programa 10 casos nuevos por mes.

Estamos trabajando para la prevención y tratamiento de estos pacientes con un equipo multidisciplinario....pero encontramos un freno a todo nuestros esfuerzos, por la falta de continuidad en el tratamiento y provisión de toda la medicación solicitada... (E1350CC6I485).

La ciudad de Resistencia, Chaco, también elevó un reclamo en abril de 2002:

Reitero el pedido de medicamentos que el 09 de abril se pidió por fax, estos medicamentos corresponden al pedido del mes de febrero/02 (E1350C6I486).

Durante abril de 2002, desde el programa Provincial HIV- SIDA Región Sanitaria VIII de la ciudad de Mar del Plata, se reclamó mediante carta documento:

Solicito la entrega de antirretrovirales en tiempo adecuado y en su totalidad acorde a las recetas mensuales enviadas por la Región Sanitaria VIII, Provincia de Buenos Aires para los pacientes en tratamiento en dicha jurisdicción (E1350C6I498).

El 9 de abril de 2002, la Dirección de Sida de la CABA insistió en la necesidad de contar con medicamentos para la atención de partos en pacientes VIH (+) en los hospitales y prevenir la transmisión vertical:

La Dirección de SIDA provee la leche para el Recién nacido, los estudios de laboratorio y los reactivos diagnósticos para la todas las embarazadas, incluso los test rápidos para aquellas que llegan al parto sin control.

(...) nos es imprescindible contar con todas las drogas antirretrovirales para poder reducir la transmisión vertical del VIH (E350C6I499).

Se suman reclamos de Paraná Entre Ríos, también durante el mes de abril:

(...) medicación que no fue enviada con el pedido de Medicamentos correspondientes al mes de marzo del corriente año

(...) solicito se priorice la entrega de medicamentos sin existencia (E1350C6I500).

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
Dr. Carlos Malbrán e Instituto Nacional de Epidemiología “Dr Juan H Jara”
de Mar del Plata:

Me dirijo a usted a fin de comunicarle la crítica situación por la falta de reposición de drogas antirretrovirales, tal como anticipamos en Nota N° 284 de 6 marzo de 2002(...)

Solicitamos en forma URGENTE nos indique por escrito, esquema terapéutico alternativos que se pueden cumplir con provisión asegurada (E1350C6I510).

Me dirijo a usted a fin de solicitarle...entrega urgente de INDINAVIR= 11520 comp. (reposición mes de Enero)...(E1350C6I514).

Necesarios para la continuidad de tratamiento a los siguientes pacientes que se atienden en el Instituto(E1350C6I514).

Agradecemos información escrita sobre la situación en que se encuentra la entrega de Antirretrovirales y las indicaciones respecto de los esquemas alternativos en caso de inexistencia de algunos de los mismos. Asimismo desligamos responsabilidades ante las autoridades centrales por las posibles consecuencias motivadas en los cambios de tratamientos (resistencias), que se originen (E1350C6I514).

...en el pedido de reposición del mes de Diciembre de 2001 que no hemos recibido:

...90 cáps de EFAVIRENZ para el paciente...quien está en tratamiento por TBC PULMONAR, medicación cuya inclusión se realizará en el mes de marzo, dada su situación clínica.. (E1350C6I524).

Desde la Dirección Nacional del Servicio Penitenciario Federal División Asistencia Médica Sección Abastecimiento Material de Sanidad, se generó un reclamo basado en el acuerdo que existe entre ambos ministerios:

Esta medicación es para el tratamiento adecuado de la población penal alojada en las distintas unidades dependientes de esta repartición portadora del VIH SIDA

No nos han provisto 3TC COMPLEX en su defecto nos ha sido entregado cantidad equivalente de 3TC y AZT...No nos han provisto del DDI 100 mg en su defecto nos ha sido entregado DDI 200 mg (E1350C6I518).

Se repitió otro pedido vía fax desde el Servicio Penitenciario:

Solicitamos el envío de los medicamentos zidovudina-lamivudina, dado que la adherencia es difícil en la mayoría de los pacientes y en los internos aún más.. (E1350C6I527).

Los reclamos se multiplicaban, se encuentra otro de General Rodriguez, en que se envió una lista de medicamentos en falta (E1350C6I519). Desde Hospital Rawson de Córdoba también reclamaban medicamentos antirretrovirales y para enfermedades oportunistas.

Ruego a Ud me informe acerca de la situación de los mismos, ya que son de necesidad para esta institución (E1350C6I522).

En el E1350C6 se incorporaron registros de llamadas de distintos puntos del país:

El 19 de abril de 2002 se realiza el pase de un reclamo de la Municipalidad de Luján sobre provisión de insumos para Centros de Diálisis, oncología y SIDA:

Por indicación del Ministro, se da traslado de los presentes actuados a la SECRETARIA DE PROGAMAS SANITARIOS, para su conocimiento e intervención de su competencia (E1350C6I272).

En abril de 2002, la Municipalidad de Luján remite al Ministerio de Salud de la Nación la resolución 46/2002 para dar cumplimiento al Artículo 1º de la citada norma:

(...) se solicita a los Señores Ministros de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires y a todas las autoridades competentes, arbitren los medios en forma inmediata, para la resolución a la problemática ocasionada por la falta de provisión de insumos, para los Centros de Diálisis, como para los tratamientos oncológicos y de sida (1350C6I274).

Una senadora de la Nación por la provincia de Entre Ríos presenta una nota al Ministro de Salud de la Nación con un pedido de

medicamentos de Fundación “Nuestra Casa” de la ciudad de Paraná (E1350C6I276).

El vínculo con las provincias es complejo, sin embargo parece más problemático en la misma provincia de Buenos Aires y sus regiones sanitarias, al mismo tiempo con CABA se deja ver un vínculo que estaba atravesado por la lucha de poder. En relación al vínculo con la provincia de Buenos Aires la jefa de Programa dice:

“La provincia siempre fue un lío, muy anárquica, las PVVS nos avisaban si faltaba”

“Estábamos sobre la cabeza de los jefes de programa”

“Las regiones sanitarias de provincia de Buenos Aires eran muy complicada, no funcionaba”

“CABA estaba de pica con el Programa Nacional, (el ministro de salud) quería a alguien que no estuviera contaminado ‘por el medio SIDA’ por los negociados”.

El asesor médico del momento habla sobre la posibilidad de descentralizar:

“Descentralizar sería lo ideal, en un momento se empieza a pedir que las provincias compren oportunistas, descentralizar el presupuesto sería lo mismo que aumenten los precios, habría que hacer acuerdo de precios. El Estado es el último garante por la Ley Nacional”.

La fragmentación y la falta de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación se visualiza en la poca influencia que tiene sobre los programas provinciales.

No se puede desconocer la problemática de las PVVS que contaban con obra social: el Estado las beneficiaba pero las personas tenían numerosos problemas para acceder a los tratamientos. Así lo recuerda el ex director del Programa y se refiere a los pacientes que contaban con obra social:

“El 70% de las PVVS estaban bajo el Programa, había 30% que iba a la obra social, si una obra social no entregaba el garante es el Estado, entonces presentaba recursos de amparo y yo se lo tenía que dar y después veíamos con la obra social. También

trabajamos con el APE, cosita gris oscura, ellos (la obra social) decía que le daban un BMW y le daban un fiat 600 y cobraban por el BMW”.

En la misma línea una de las PVVS dice:

“¿Y las obras sociales? Manejan todo esto, no solo el Estado y las ONG sino también las obras sociales”.

En año 2002 se definen tres normativas de la Administración de Programas Especiales (APE) generadas entre mayo y agosto de 2002: Resolución 766/2002, Resolución 1118/2002 Resolución 475/2002 (Anexo). El APE es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación con personería jurídica propia y un régimen de autarquía administrativa, económica y financiera. Su principal objetivo es la implementación y administración de los recursos del Fondo Solidario de Redistribución, afectados presupuestariamente a programas especiales de salud que están destinados a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Desde mediados de los 90 a partir de sanción de la legislación que obliga a las obras sociales y prepagas a cubrir los tratamientos ARV a PVVS, se muestra por parte del Estado la preocupación por garantizar el derecho a la salud de las personas afectadas por el virus. Este compromiso fue acompañado con apoyo financiero para los agentes de seguros de salud a partir de 1998. El fundamento para generar esta serie de resoluciones fue: *la crisis económica financiera por la que atraviesa el país ha resentido profundamente el Sistema Nacional del Seguro de Salud, afectando las prestaciones de salud para los beneficiarios*. A pesar de la situación de crisis y de emergencia sanitaria se puede visualizar, a través de las normativas expuestas, cómo el Estado mantuvo su presencia ante las empresas de seguros de salud, así subsidió al subsector de obras sociales y generó una clara transferencia de recursos públicos al subsector privado (Colautti, 2015). En el mismo momento que se daba apoyo financiero, subsidios y mayores plazos para presentar la documentación necesaria para lograr los reintegros por parte de las entidades privadas, el sistema público colapsaba y se veía absolutamente vulnerable.

La discusión de este capítulo nos invita a reflexionar en cuanto a las posibilidades que tiene un país de trabajar con políticas con enfoque de derechos cuando su institucionalidad es jaqueada y su capacidad de negociación ante organismos internacionales es muy limitada.

Como ya hemos dicho, las políticas de protección implementadas desde el inicio de la epidemia de VIH/sida en Argentina responden a las características de un Estado de Bienestar en concordancia las normativas internacionales para la atención de PVVS, con un marcado enfoque de derechos. Sin embargo, la concreción de esas políticas se mostraba fragilizada ante la crisis. Los medicamentos específicos para el VIH/sida eran mayoritariamente importados y eso colocaba al Estado en una situación de dependencia, de flexibilización de políticas a favor de la industria multinacional. En cuanto a las modalidades para adquisición de medicamentos sostenemos que las normativas avalaban los procesos que se dieron. Sin embargo, el mercado toma un protagonismo muy fuerte y termina imponiendo sus reglas, por lo que las decisiones son tomadas por el mercado y así el Estado deja de cumplir su función como defensor del bien común y se profundiza la mirada crítica sobre el mismo, en tanto estructura burocrática onerosa que no logra dominar o corregir los desvíos del mercado. Al contrario, parece permeable a las necesidades del mercado, modificando normativas y promulgando leyes que benefician la ganancia de los privados en detrimento de los fondos públicos.

En cuanto a la comunicación con las provincias, los resultados obtenidos nos muestran la fragmentación del propio Estado, las dificultades, falta de información y desesperación de los gestores y referentes políticos de las jurisdicciones provinciales ante la no respuesta del nivel central. Es llamativo que se hayan incluido en los expedientes notas de las distintas jurisdicciones con fecha previa al inicio del expediente, es evidente que los responsables de las jurisdicciones también recibían muchas presiones por parte de los profesionales que atendían a PVVS y pretendían respuestas institucionales. Parecería que ante este tipo de eventos la comunicación se suspende desde el nivel central generando mayor grado de incertidumbre.

Sin embargo, desde la perspectiva de la jefa de programa, sí se daba respuesta. En ese punto es donde la cuestión histórica y política en

cuanto al federalismo de nuestro país tiene gran peso y se coloca en primer plano. Se describe que en algunos casos hubo retiro doble de medicamentos: en hospitales y, al mismo tiempo, también en el propio Ministerio, pero esta imagen se desvanece al salir de CABA y la provincia de Buenos Aires, se pierde el registro de la heterogeneidad y magnitud del país.

No obstante, la salud tuvo una singular jerarquía en las Mesas Sectoriales de Diálogo Argentino, ya que se reconocían dos problemas principales: la fragmentación y desarticulación de la red de recursos sanitarios públicos y privados, y la “peligrosa acumulación de distorsiones tanto coyunturales como estructurales” que condujeron al colapso (Chiara, 2018, p.89). Resulta muy complejo hablar de políticas universales en un país como Argentina. La ley de SIDA parece no alcanzar como elemento de integración social y no garantizó que las personas lograran el acceso a medicamentos. Más allá de que podamos considerar que las PVVS se encontraban protegidas por un programa focalizado y priorizado, por ser un grupo de alta vulnerabilidad social, así mismo no se logró cubrir todo el territorio, el Estado no llegó y produjo desintegración. ¿Por qué sucedió esto? entendemos que el Estado usó toda su artillería pero de modo desorganizado con gran fragmentación hacia su interior, con pocos consensos para lograr que la gestión haya sido efectiva, con escasa capacidad y autonomía.

El mercado parece sacar ventaja en cada uno de los procesos. Las donaciones aparecen como otro problema en manos de la aduana, entidad que pertenece al propio Estado pero se presenta como un obstáculo, al punto que llegan a vencerse los medicamentos enviados por otros países. El Estado se muestra escindido, como si cada área trabajara de modo independiente sin un mismo objetivo, sin una misma lógica. A pesar de la situación, el Estado subsidia al privado y pone su aparato a su disposición. En ese sentido, no podemos dejar de preguntarnos si detrás del objetivo de que las PVVS logren acceder al medicamento no se encuentra como beneficiario el subsector privado y de obras sociales, transfiriendo fondos del subsector público al privado.

Entonces, a pesar de las aparentes buenas intenciones con una batería de decisiones que se toman para garantizar el derecho a la salud, el

mercado termina traccionando a su conveniencia con el visto bueno de los gestores de turno. Los presupuestos se escapan de lo inicialmente previsto y eso dispara una serie de pasos burocráticos para llegar a la compra de todos modos. De esta manera, encontramos que como respuesta a estas crisis se cambia hacia una forma tecnocratizada en donde los roles superiores del gobierno empiezan a ser ocupados por organizaciones complejas altamente burocratizadas. Se desplazan funciones del Estado hacia el mercado-presuntamente despolitizado.

Existe consciencia de que, sin control alguno, los mercados que se guían únicamente por el criterio de rentabilidad conducen a catástrofes económicas y sociales. El Estado carece de medios y recursos necesarios para realizar las tareas que se requerirían para supervisarlos y controlarlos efectivamente. Es oportuno el aporte de Bauman y Bordoni, quienes sostienen que la confianza en el aparato estatal radicó históricamente en el supuesto de que las dos condiciones necesarias para la administración efectiva de las realidades sociales –el poder y la política- estaban en manos del Estado, que se suponía que era un amo soberano (exclusivo e invisible) dentro de sus límites territoriales. Por poder se entiende la capacidad de hacer y terminar las cosas, y por política, la capacidad de decidir qué cosas debería hacer el mismo y que otras cosas deberían resolverse en el ámbito global y que por lo tanto serían aquellas que el Estado debería evitar o de cuyo ejercicio debería retirarse.

En la actualidad, sin embargo, el Estado se ha visto expropiado de una parte considerable de su antaño genuino o presunto poder, del que se han apropiado fuerzas supraestatales (globales) que operan en un espacio de flujos fuera de todo poder político, mientras que el alcance efectivo de las agencias y organismos políticos existentes no ha logrado ir más allá de las fronteras estatales. Los capitales de inversión, los mercados laborales y la circulación de mercancías están fuera de las atribuciones y del alcance de las únicas agencias políticas actualmente disponibles para encargarse de la labor de la supervisión y la regulación. Es esa política crónicamente aquejada de déficit de poder la que se enfrenta al desafío de unos poderes emancipados del control del Estado (Bauman & Bordoni, 2016).

Parte 2 Derecho a la salud e innovación, ciencia y tecnología.

Los proveedores del Estado

Habitualmente, se da por sentado que todo desarrollo científico tecnológico tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas. No obstante, el complejo científico tecnológico está dominado por corporaciones con intereses económicos muy poderosos. Esos intereses definen en qué área invertir en innovaciones y cuál será la población destinataria. Así, el rol que asuman los Estados es clave para limitar y encausar los intereses de los privados en función de las prioridades de salud pública de un país y de una región.

Adherimos a la definición amplia del concepto de “tecnologías” que plantean investigadores e investigadoras del Instituto de Estudios de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Quilmes, quienes consideran que las tecnologías son conjuntos de artefactos, procesos y formas de organización que se despliegan como acciones (cognitivas, materiales y prácticas) realizadas conscientemente por humanos, para alterar o prolongar el estado de las cosas, con el objetivo de que desempeñen un uso o función situado y constituido en forma particular dentro de configuraciones socio-técnicas dadas (Thomas, Becerra, & Bidinost, 2019, p.136).

Existe consenso en entender como tecnología sanitaria a medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como a los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención (IECS, 2020). Tanto la OPS como los distintos países de América Latina y el Caribe, a partir de las reformas del Estado impulsadas en la década de los 90, comenzaron a diseñar procesos de evaluación de las distintas tecnologías sanitarias, teniendo en cuenta el impacto económico y social que su uso tiene en la población (Banta, 2009).

En Argentina, durante los años noventa, se implementó una política desregulatoria que se centró en tres componentes: 1) liberación de precios, tanto del producto final como de los procesos de formación de los mismos, lo que promovió la competencia de los productos mediante la utilización de

su nombre genérico; 2) reducción de barreras de ingreso, lo que facilitó y automatizó la entrada de nuevos productos y habilitó aquellos que ya circulaban en el mercado, y 3) aplicación de reglas de control de calidad y armonización de normas, mediante la ley de patentes y la creación de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica) y el INPI (Instituto Nacional de Propiedad Intelectual) (Maceira, Alonso, & Gahr, 2010).

Los tres componentes planteados por el autor son fundamentales para comprender los sucesos ocurridos en el contexto de la investigación. Los dos primeros componentes fueron producto del Decreto 150 enero de 1992, donde el ministro de economía consideró, en el marco de la reforma del Estado, que la salud debía ser tutelada por el Estado y que, para protegerla, la mejor estrategia era generar libertad en los mercados, con el fin de evitar la conformación de monopolios que distorsionaran el mercado y el acceso del pueblo a la salud (Poder Ejecutivo, 1992a).

Es interesante tener en cuenta que el decreto se firmó en el marco de una fuerte tensión entre las autoridades económicas e industriales. La importación se había abierto pero no se estaba dando de la manera adecuada, y los precios de los medicamentos seguían subiendo más rápido que el conjunto de precios en la economía (Katz, Burachik, Brodovsky, & Queiroz, 1997). El decreto tenía dos anexos con listado de países: en función del país en el que se encuentre la casa matriz de una industria farmacéutica deberían cumplirse distintos requisitos para importar medicamentos a Argentina y obtener el número de certificado correspondiente para su comercialización. De esa manera, se aprovechaba el trabajo ya realizado por agencias sanitarias de países desarrollados y se reducían los tiempos de evaluación de los nuevos productos a ser incorporados en el mercado nacional. También se aumentaba la competencia y se disminuía la “edad” promedio de los productos comercializados, dando por sentado que los nuevos medicamentos eran mejores que los que ya se encontraban en el mercado (Katz et al., 1997).

Además, se declaró obligatoria la utilización del nombre genérico del medicamento en textos normativos, en rótulos, prospectos o cualquier documento de la industria farmacéutica y en las adquisiciones realizadas por

y para la administración pública. No obstante, los prescriptores podían optar por indicar nombre genérico o marca comercial. Según Katz (1997), durante el proceso de reglamentación del decreto se puso de manifiesto el antagonismo de los principales laboratorios por el uso del nombre genérico y el fuerte impacto de sus *lobbies* corporativos. Esos *lobbies* terminaron logrando que en la letra del decreto apareciera la posibilidad de doble firma del prescriptor para poder indicar un nombre comercial o de fantasía de un medicamento. El objetivo era claro: había que retardar el uso de los nombres genéricos (p.107).

El tercer componente es producto del Decreto 1490 de agosto de 1992 a partir del cual se creó la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) como agencia reguladora, organismo descentralizado del entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Ese nivel de autonomía intentó otorgarle celeridad en la toma de decisiones, adecuación en tiempo y forma a sus respuestas ante las demandas a satisfacer y un funcionamiento más ágil y práctico, factores determinantes para la eficiencia de las acciones (Poder Ejecutivo, 1992b).

Por último en 1996, según los acuerdos internacionales asumidos como país miembro de la Organización Mundial del Comercio (OMC) se sancionó la Ley Nacional 24481, que instauró la Administración Nacional de Patentes dependiente del Instituto Nacional de Propiedad Industrial, de esta manera, una patente de invención se convertía en un derecho exclusivo que el Estado otorgaba al inventor y el resultado de investigación podía ser utilizado por la sociedad. El invento era patentable siempre y cuando cumpliera con los siguientes requisitos: que fueran nuevos y tuvieran carácter industrial (Poder Legislativo, 1995).

Según un Informe de la Subsecretaría de Planificación Económica del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación, desde los noventa, el mercado farmacéutico mundial ha experimentado un proceso de fusiones y adquisiciones que ha generado concentración y reducción del gasto en investigación, desarrollo, innovación (I+D+i). Las primeras cinco corporaciones a nivel mundial son Novartis (Suiza), Pfizer (Estados Unidos), Merck (Estados Unidos), Sanofi (Francia) y Roche (Suiza). En conjunto, su facturación superó 210 mil millones de dólares, lo que

representó un 25% del mercado global en 2012. En el mismo año, eran 20 las corporaciones que manejaban el 60% de las ventas a nivel mundial (Ministerio de Economía, 2015).

La industria farmacéutica en la Argentina se distingue por un alto grado de concentración. Es un típico oligopolio formado por grandes empresas nacionales y multinacionales altamente dinámicas. Los datos censales mostraron que en 1994 alrededor del 80% del valor bruto de la industria se concentraba en las diez empresas más grandes mientras que en 2003, las ocho empresas más grandes representaban el 90% del mismo. En una década, el nivel de concentración de la industria farmacéutica aumentó alrededor de 10% (Abrutzky, Godio, & Bramuglia, 2017). Se estima que hay 230 laboratorios instalados en el país, de los cuales el de mayor facturación es Laboratorios Bayer, de capital alemán, cuyas ventas representan el 16,5% del total. Entre los primeros cinco laboratorios más grandes se encuentra Laboratorios Bagó, de capital nacional.

En Argentina, la industria farmacéutica está compuesta por 250 empresas, incluyendo tanto a las que producen en el país como a las que importan medicamentos terminados o semiterminados para luego comercializarlos (Abrutzky et al., 2017). Existen 110 plantas industriales, el 50% de la elaboración se realiza en la Capital Federal. La producción estatal representa alrededor del 15% de la industria farmacéutica total. Aun cuando cuantitativamente su peso es bajo, su rol es crucial en términos distributivos.

En los capítulos sucesivos trabajamos con el segundo objetivo específico: explorar el vínculo del Programa Nacional VIH/sida con los proveedores de medicamentos desde la perspectiva de la innovación, ciencia y tecnología. El punto de partida es que los proveedores habrían pujado para que los ARV provenientes de los laboratorios titulares de las patentes de innovación fueran sobrevalorados en los procesos licitatorios, en desmedro de los medicamentos copia. Al mismo tiempo, el Estado no habría contado con herramientas para limitar las acciones de la industria farmacéutica multinacional en un contexto de adverso.

Capítulo 4 Los antirretrovirales: medicamentos esenciales y de alto riesgo sanitario

Los ARV son medicamentos esenciales y de alto riesgo sanitario, cuyo acceso se encuentra garantizado por la Ley Nacional de SIDA. El Estado es el responsable último del acceso a los tratamientos de todas las PVVS que lo requieren y es, en estas circunstancias, un actor que debe mantener comunicación, negociar y regular a distintas empresas que cumplen el rol de oferentes/proveedores de insumos, como son las diversas cámaras de droguerías y farmacias del país, la industria farmacéutica nacional e internacional. En el presente capítulo describiremos los resultados de las categorías 2.2 Comunicación: representantes del Estado - proveedores y 2.4 Consideraciones y exigencias para actuar como proveedor del Estado.

Retomamos aquí, en el marco del derecho a la salud, la premisa que afirma que los medicamentos constituyen una herramienta indiscutible para garantizarlo. La construcción de esa afirmación comenzó a mediados de la década del setenta a nivel mundial. En el año 1975, la OMS dispuso un Comité de Expertos para trabajar en el diseño y promoción de lo que se conoció en 1977 como Lista Modelo de Medicamentos Esenciales (LMME). El objetivo era contribuir a resolver los problemas que tenían los Estados Miembro de la OMS cuyas necesidades en salud excedían a sus recursos y para los cuales era difícil iniciar por sí solos esa tarea. La lista debía interpretarse como un intento de identificación provisional de un núcleo común de necesidades básicas, de aplicación y pertinencia universales (Comité de Expertos, 1977).

En 1978, con esas ideas como motor, se llegó a la Declaración de Alma Ata, Unión Soviética, en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, donde se trazó el objetivo mundial de alcanzar la cobertura en Salud Para Todos en el año 2000 (SPT2000), y se declaró que la Atención Primaria de Salud comprendía al menos el suministro de medicamentos esenciales. Así, la LMME tenía por finalidad fijar aquellos productos considerados, desde el punto de vista sanitario, de primera necesidad, que debían estar disponibles en los sistemas de salud en

todo momento, en cantidades suficientes y a un precio que los pacientes y la comunidad pudieran pagar. La OMS tenía dos funciones prioritarias al respecto: orientación normativa mundial y apoyo técnico a los países miembro. En ese momento, la idea de medicamento esencial generaba preocupación y fuertes críticas dentro de los sectores más poderosos de la industria farmacéutica. La industria farmacéutica de los países centrales, asociada en la Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas, declaró el rechazo a este concepto, lo consideró inaceptable para sus intereses, y de ese modo se lo comunicaron al Director General de la OMS de la época, Halfdan Mahler (Soto, 2015).

En el momento en el que fue elaborada la primera LMME, el término no hacía referencia a una definición técnico-científica específica para medicamentos. Según Tognoni (2016), la definición descriptiva de lo que era esencial refería a un puente entre una variable epidemiológica (las necesidades en busca de respuestas para la mayoría de las poblaciones) y una variable de salud pública (la accesibilidad económicamente sustentable). Un trabajo de una de las comisiones de Lancet (Wirtz et al., 2017) marcó tres períodos en cuanto a los medicamentos considerados esenciales por la OMS: 1) Concepto global de medicamentos esenciales (1970-1990); 2) Ampliar el acceso de medicamentos esenciales a través de programas globales (1990 a 2010) y 3) La Cobertura Universal de Salud exige medicamentos esenciales (2010 a la actualidad).

La primera etapa tuvo fuertes detractores: no solo la industria farmacéutica sino los profesionales de salud, que veían coartada su autonomía profesional y aseguraban que se reducirían los beneficios de salud para los pacientes. La industria farmacéutica de los países centrales sostenía que ese tipo de herramientas era necesario solo en países pobres y dependientes. Con ese discurso lograban influir sobre los profesionales de la salud y la comunidad en general (Laing, Waning, Gray, Ford, & Hoen, 2003).

A pesar de las controversias en torno al concepto de medicamentos esenciales, a lo largo de la década de 1980 los gobiernos y los sistemas de salud de todo el mundo desarrollaron listas de medicamentos esenciales, principalmente para el sector público. En la década de 1990, muchas

agencias multilaterales y bilaterales apoyaban los programas nacionales de medicamentos esenciales del sector público. La mayoría de las listas nacionales de medicamentos esenciales en esta primera etapa se centraron en medicamentos genéricos o copias sin patente y de menor precio, para tratar o prevenir afecciones agudas comunes. Estas acciones se alinearon con el movimiento para la Atención Primaria de Salud (APS) Selectiva, modelo defendido en la década de 1990. Sin embargo, la APS selectiva tuvo debilidades importantes: se centró en la salud maternoinfantil y dejó por fuera la estructura del sistema de salud necesaria para los problemas de salud crónicos transmisibles y no transmisibles. En ese momento, la aparición del VIH/sida aceleró la discusión respecto a lo esencial de los medicamentos (Wirtz et al., 2017).

En esa primera etapa, hubo una crisis económica global y se impusieron programas de ajuste estructural económico en muchos países de medianos y bajos ingresos. Como resultado, los medicamentos esenciales fueron financiados en gran medida por personas que pagaban de su bolsillo, especialmente en el sector privado. Además, con las reducciones en los presupuestos públicos, algunos países no actualizaban regularmente sus políticas o listas de medicamentos esenciales, lo que dejaba grandes brechas entre el desarrollo y la implementación de políticas.

Según Wirtz (2017), la segunda etapa tuvo como objetivo ampliar el acceso a medicamentos esenciales a través de programas globales. Esta etapa estuvo marcada por la epidemia del SIDA y el costo de los tratamientos. Existían medicamentos para su tratamiento pero no eran viables ni disponibles para la mayoría de las PVVS. En ese punto fue crucial la acción de la sociedad civil, que logró mostrar que las muertes causadas por la falta de acceso a medicamentos existentes, simplemente debido a los altos precios, eran desmesuradas (Wirtz et al., 2017). Había muchos cuestionamientos en relación a los parámetros para la selección de los medicamentos incluidos en la lista, así que, en la reunión de expertos de 1999, se mostró preocupación por la falta de evidencia para justificar la selección y se solicitó que quienes pretendieran sumar medicamentos a la LME presentara un resumen de la evidencia apropiada para su revisión (Laing et al., 2003).

En 2001, el llamado del Secretario General de las Naciones Unidas para establecer el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM), incluida la provisión de medicamentos, fue un evento histórico. En el 2002, la ONU designó al primer Relator Especial sobre "el derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Posteriormente, se destacó y elaboró el acceso a medicamentos esenciales como un elemento concreto del derecho a la salud. Para hacer que el proceso de selección de medicamentos esenciales para la Lista Modelo de la OMS fuera más transparente y basado en la evidencia, se introdujeron cambios importantes en 2002, coincidiendo con los llamados de activistas y grupos de defensa como Médicos Sin Fronteras.

Así, la OMS cambió su definición de medicamentos esenciales: de aquellos de suma importancia, que son básicos, indispensables y necesarios para la salud y las necesidades de la población, a aquellos que satisfacen las necesidades de atención médica prioritarias de la población, agregando la aclaración de que se seleccionaban con la debida atención a la relevancia de la salud pública, la evidencia sobre la eficacia y la seguridad, y la rentabilidad comparativa (Laing et al., 2003). El cambio clave fue el nuevo énfasis en la rentabilidad; el alto costo de un medicamento ya no lo excluía automáticamente de la LMME. Con estos cambios, doce medicamentos antirretrovirales que gozaban de patente, con un precio de hasta US\$ 10.000 por persona por año, fueron incorporados a la LMME. Anteriormente, la asequibilidad había sido una condición de selección. La selección ahora se convertía en parte de la presión para garantizar la asequibilidad.

En la década siguiente, debido a la acción global concertada por parte de grupos de PVVS, gobiernos donantes, OMS y fabricantes de genéricos, y la ausencia de patentes de productos para medicamentos en India y otros lugares, el costo de los medicamentos ARV cayó a menos de US\$ 100 por persona por año, lo que permitió a millones de pacientes obtener acceso a tratamientos que salvaron vidas. La segunda era estuvo influenciada por la creciente atención de las políticas a los sistemas de salud, de los cuales los medicamentos eran un componente clave. Esta etapa también coincidió con la configuración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Estos objetivos enfatizaron la reducción de la mortalidad

debido al SIDA, la tuberculosis y la malaria, y la promoción de la salud del bebé, el niño y la dupla madre-recién nacido. Los medicamentos esenciales fueron un componente integral de las intervenciones para alcanzar los objetivos de los ODM en 2015.

La tercera etapa planteada por Wirtz (2017), que abarca desde 2010 a la actualidad, se centra en la demanda de medicamentos esenciales para Cobertura Universal de Salud (CUS) y planteos realizados en el año 2018 en la Declaración de Astana. No obstante, en función del objeto de la investigación, no profundizaremos en la misma.

La OMS prevé una revisión periódica de la LMME, aproximadamente cada dos años. Esa dinámica implica que, a medida que se dan los avances en I+D+i, la lista debe ser revisada y actualizada, como consecuencia medicamentos ARV, vacunas y otros medicamentos de alto costo que son utilizados en los programas gubernamentales forman parte de la LMME. La revisión realizada por el grupo Laing (2003), con motivo de los 25 años de la primera LMME, muestra la progresión del listado: en 1977, la lista contaba con 186 medicamentos totales y, en 2002, eran 320.

Argentina es miembro de la OMS, y definió su listado de medicamentos a través de Confederación Médica de la República Argentina. Así, a partir de 1978, se ha convocado a un grupo de académicos para fomentar el uso racional de medicamentos y desarrollar el Formulario Terapéutico Nacional, que fue adoptado como lista oficial para el sector público y los seguros de salud (COMRA, 2016; De la Puente, Tobar, & Stamponi, 2007).

La selección de medicamentos para un país es uno de los componentes a tener en cuenta en una Política Farmacéutica Nacional (PFN). Además, la OMS incluye y recomienda considerar la asequibilidad, la financiación de los medicamentos, los sistemas de suministros, la regulación farmacéutica y el uso racional de medicamentos e investigación (OMS, 2002).

Para asegurar el acceso a los medicamentos esenciales en los sectores público y privado, un análisis previo importante es que sus precios sean asequibles. Las barreras de acceso a medicamentos esenciales perjudican directamente a quienes no acceden y, de modo indirecto, al resto

de la sociedad, razón por la cual el Estado debe garantizarlos. Los autores plantean que existen tres modelos para la provisión pública: compras públicas, farmacias oficiales y producción pública (De la Puente et al., 2007; Tobar, 2007).

Los autores consideran que una adquisición es eficiente cuando obtiene los insumos adecuados a costos relativamente bajos (De la Puente et al., 2007; Tobar, 2007). Las variables centrales que condicionan la eficiencia de una adquisición de insumos son dos: nivel de competencia y economías de escala. El nivel de competencia indica en qué medida el proceso de adquisición promueve la participación y disputa de diferentes oferentes. En un extremo se encuentran los casos en los que no se realiza una adquisición vía mercado sino que se recurre directamente a la producción pública de los medicamentos. En el opuesto, se encuentra la adquisición de los productos a través de procesos competitivos como las licitaciones públicas nacionales e internacionales, que buscan ampliar la cantidad de oferentes para hacerlos competir por precio. Tobar (2008a) afirma que, cuanto más agregada la demanda y cuanto más abierta la convocatoria (por ejemplo, una compra nacional por un período que cubra las necesidades anuales) mejores precios se lograrán obtener. La modalidad en ese caso podría ser a través de licitaciones públicas nacionales o internacionales. Sin embargo, según un estudio de vigilancia y evaluación de PFN realizado en 2006 por la Organización Panamericana de la Salud, releva que solo once países de la región recurren a la licitación pública internacional mientras que diecisiete manifiestan hacerlo a través de licitaciones públicas nacionales y diez realizan compras directas. También se evidencia que la provisión pública privilegia la compra de medicamentos para enfermedades infectocontagiosas, como VIH/sida, malaria, tuberculosis, y, en segundo lugar, los ítems utilizados para salud materno infantil (De la Puente et al., 2007).

Otro componente de la PFN es la regulación de medicamentos y para su abordaje es importante considerar los procesos de reforma del Estado que han transitado los países de América Latina como consecuencia de las tendencias internacionales. La primera reforma del Estado dio como resultado un Estado que se mostraba como achicado en su dominio

funcional y que había corrido su frontera con la sociedad pero no originó una reforma verdadera hacia adentro del aparato estatal (Oszlak, 1999). Si bien se reconocen distintos momentos, aquí nos centraremos en lo que se consideró la segunda reforma del Estado.

En la segunda reforma, el BM propuso a Argentina cinco componentes, uno de los cuales indicaba la necesidad de un marco regulatorio mejorado a través de la creación de diferentes agencias. En esta línea, el BM, planteaba la urgencia de que agencias del propio Estado asumieran la regulación y control de los productos médicos, tales como medicamentos, vacunas y los dispositivos médicos. Además esas agencias debían contribuir a la promoción y protección de la salud pública, ya que garantizaban la calidad, seguridad, eficacia y efectividad de los medicamentos y productos médicos; su correcta elaboración, almacenamiento, distribución y administración; la detección y sanción de la elaboración y del comercio ilegal; la información necesaria para permitir su uso racional de parte de profesionales de la salud y pacientes; la promoción y publicidad de su uso racional y su acceso sin obstáculos de regulación (Ojeda & Cristiá, 2016, p 295). El candidato más adecuado para asumir ese rol era el propio Estado, no obstante se requería desarrollar capacidades institucionales y autonomía suficiente para definir sus propios objetivos regulatorios (Alonso, 2001).

Dentro de la triada Estado regulador, prestadores de servicios/insumos y usuarios, en el vértice asignado al Estado, se deciden cuestiones relativas al ámbito de la regulación, los aspectos que abarca y sus alcances, los criterios de aplicación, los marcos jurídicos y los mecanismos institucionales a emplear para asegurar su vigencia. En el vértice de la producción, los prestadores, dentro del marco regulatorio establecido, adoptan políticas relativas a los volúmenes de los servicios, los tipos de usuarios, las tecnologías a emplear, los costos y precios, las inversiones requeridas, la introducción de nuevos productos y las estrategias para ganar nuevos mercados, extender las concesiones o contrarrestar la acción reguladora. En el vértice del consumo se decide si es posible la utilización o no de los servicios (Oszlak & Felder, 1997 p.7).

Además, Oszlak & Felder (1997), proponen que se pueden analizar los siguientes vínculos: regulación-prestación, prestación-consumo y regulación-consumo. La dupla regulación-prestación es la más importante, ya que es el vínculo que pone de manifiesto la capacidad institucional del Estado, su legitimidad y el poder coercitivo de sus órganos reguladores para ejercer su rol. Según OPS & OMS (2016), la regulación es uno de los ejes fundamentales para que los países lleven adelante una PFN, y recomiendan que sea llevada adelante por una Autoridad Nacional Reguladora de Medicamentos. Existe consenso en que la autoridad debe ser sólida, estar respaldada por normas jurídicas adecuadas y en que su funcionamiento debe ser independiente y estar libre de conflictos de intereses. Además, debe disponer de los recursos necesarios, tanto humanos, como de infraestructura y financieros, adecuados para su desempeño. Las funciones de la autoridad nacional reguladora son la autorización de comercialización (registro), la concesión de licencias a establecimientos, la vigilancia postcomercialización, la farmacovigilancia, los ensayos clínicos, las inspecciones reguladoras y las actividades de fiscalización, control de medicamentos y liberación de lotes.

La región de América Latina dispone de cinco autoridades reguladoras de referencia para medicamentos: la ANMAT de Argentina, la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) de Colombia, el Centro para el Control Estatal de los Medicamentos (CECMED) de Cuba, y la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México (OPS & OMS, 2016).

Según Tobar (2008), los modos en los que ha sido generada e implementada la regulación en América Latina han variado, de esquemas que limitaban la competencia hacia otros procompetitivos. El autor distingue diferentes componentes de las acciones regulatorias: por un lado, la normatización, el registro, la reducción de barreras de ingreso al mercado local de fármacos, la selección racional y financiación selectiva, el control directo de precios, la creación de un mercado de genéricos de referencia, y, por otro lado la alteración de las prácticas de prescripción y dispensación.

Existen dos modelos de regulación de medicamentos: modelo regulador propiamente dicho y otro modelo fiscalizador. El primero evalúa la información provista por los interesados y luego aprueba o no. En cambio, el segundo modelo, adoptado por la ANMAT, no solo se realiza una lectura objetiva de la información calificada sino que además la mayoría de los esfuerzos están destinados a la verificación en el terreno de aquello que se relata en los papeles (ANMAT, 2007). No obstante, la desregulación económica aplicada a los medicamentos los transforma en un bien de mercado y, como consecuencia, se registró una indexación que llegó casi a duplicar la inflación durante la década de 1990, alcanzando los precios más altos de la región (Tobar, 2008a)

La decisión de reducir las barreras de ingreso de medicamentos a un país incluye un conjunto de medidas centradas en la promoción de la competencia. La expectativa es que, si se facilita la importación y se flexibiliza el registro de medicamentos, debería lograrse mayor número de oferentes interesados en competir dentro del mercado.

De la Puente et al. (2007), detallan una serie de medidas que intentan funcionar como recetas para promocionar la competencia: 1- flexibilización en el proceso de registro de medicamentos, 2- reducción de barreras de ingresos para medicamentos importados, 3- organización de licitaciones públicas internacionales, basadas en una economía de escala, 4- promoción de licencias obligatorias para medicamentos con patente y 5- reducción de impuestos a los medicamentos y especialmente a la importación. Los requisitos son estrictamente sanitarios, se refieren a su seguridad, inocuidad y calidad, que deben ser demostrados por los productores u oferentes a través de monografías presentadas a la autoridad reguladora (Tobar, 2008b). No obstante, la flexibilización del registro generó conflictos en relación a la garantía de calidad de los medicamentos en el mercado. La financiación selectiva se intenta mediante los distintos programas de provisión de medicamentos por parte del Estado y por la promoción del Formulario Terapéutico Nacional.

En 2002, se implementó el modelo de precios de referencia, similar al implementado por la seguridad social en varios países de Europa, como España y Portugal. Sin embargo, en el caso argentino, aunque la normativa

sigue vigente, por falta de monitoreo y fiscalización de su cumplimiento en la práctica se cumple en un nivel mínimo (De la Puente et al., 2007).

Por último, la promoción de un mercado de medicamentos genéricos intercambiables o de referencia ha sido muy extendida en Europa y América del Norte. No obstante, en América Latina, bajo el nombre de “genéricos” se ha incluido un amplio conjunto de acciones que buscan generar, principalmente, un marco de competencia por precios en el mercado de medicamentos. Homedes (2004) asegura que el aumento del gasto en medicamentos en muchos países de América Latina ha motivado la incorporación de políticas de promoción del uso de medicamentos genéricos. Sin embargo, alerta sobre las diferencias de los distintos significados que puede adquirir el término en los países, e inclusive en las regiones de un mismo país. En los países centrales, un genérico es el que ingresa al mercado cuando vence una patente. En cambio, en América Latina existen distintas interpretaciones en cuanto a cuándo se considera un medicamento como genérico. En Brasil y Argentina, solo los medicamentos que han superado las pruebas de bioequivalencia se consideran medicamentos genéricos, y en estos dos países los medicamentos similares o copias son los que acaparan la mayor proporción del mercado farmacéutico. Algunos autores definen dentro de las estrategia de genéricos al conjunto de acciones reguladoras que busca obtener reducción de precios de los productos en el mercado a través de prácticas competitivas que no sacrifiquen la calidad (C De la Puente et al., 2007; Tobar, Drake, & Martich, 2012).

En Argentina, el ente regulador nacional adoptó las normas dictadas por la OMS en 1975 (Disposiciones 1231/94 y 1930/95) y 1992 (Disposición 853/99), de este modo se generaron normativas locales para mayor control a los laboratorios en el proceso de elaboración de medicamentos. En esa cronología, surgieron los ensayos de bioequivalencia⁶ en seres humanos. La ANMAT decidió adoptar los criterios de armonización consensuados en Venezuela en 1999, donde se recomendó el

⁶ Dos especialidades medicinales son bioequivalentes cuando siendo equivalentes farmacéuticos o alternativas farmacéuticas sus biodisponibilidades después de la administración en la misma dosis molar son semejantes en tal grado, que pueda esperarse que sus efectos sean esencialmente los mismos (OPS & OMS, 2016, p.116) .

abordaje de la problemática de la bioequivalencia, teniendo en cuenta el concepto de riesgo sanitario. La norma reglamentaria no solo tuvo en cuenta el concepto de riesgo sanitario sino además el listado de medicamentos a las que se les exigía bioequivalencia en países de alta vigilancia sanitaria, como Alemania, Estados Unidos y Canadá (ANMAT, 1999, 2007).

Con estos criterios, se seleccionó un grupo de 29 principios activos a los que se les exigió estudios de bioequivalencia para su comercialización. Para estos medicamentos, se estableció el patrón de comparación con el producto innovador, el líder del mercado o el que la autoridad reguladora dispusiera (Tobar, 2008b).

Los resultados de nuestra investigación muestran que la que la agencia reguladora nacional, ANMAT, era muy cuestionada desde distintos actores, internos y externos a la propia agencia. No fue visualizada como una agencia reguladora sólida y autónoma. Durante las entrevistas realizadas en el marco de la investigación las asesoras técnicas de la entidad aseguraron:

“Este organismo fue creado para favorecer a la industria privada multinacional, este organismo no salió de los 90, no salió del privado, es difícil salir de esa lógica, toda la institución vuelve al status quo, se dibujan los informes”.

Desde otro lugar, el ex jefe de Programa de CABA durante la entrevista reflexionó en relación al control de la calidad de los medicamentos y al rol de la ANMAT:

“Alguien de Brasil se llevó medicamentos en valija diplomática para ver la calidad, algunos estaban al 40% de lo que decía”. “Y entonces se pregunta: ¿cuál es el aparato institucional? La ANMAT, la ANMAT: es pobre, no hay registro de medicamentos, se registran papeles, no tiene capacidad”.

No obstante, ANMAT tenía un rol muy relevante en relación a las consideraciones y exigencias solicitadas para aquellos que quisieran actuar como proveedores del Estado.

Las Actas de Apertura de los procesos de compra que se incluyeron en los expedientes analizados como parte de los resultados, nos ofrecen la posibilidad de identificar a los proveedores de ARV y medicamentos

específicos del Estado durante la emergencia sanitaria (E1350C1I187,188; E5587C1I160; E7970C2I4,5,6; E10351C2I5,6,9).

Tabla 3: Droguería, distribuidoras e importadoras de insumos que participaron como proveedores del Estado según expediente de compra:

Droguería, distribuidora, importadora	Provincia de origen	Participación en proceso de adquisición			
		E1350	E5587	E7970	E10351
Biofar	Chaco	●			
Compañía Farma argentina	Buenos Aires				
Distribuidora Equifarma SA	Buenos Aires		●		
Drofasa	San Juan			●	
Droguería Eleon	CABA			●	
Droguería Kendis	CABA				●
Droguería Magna SA	CABA	●	●	●	●
Droguería Pharmaka SA	Buenos Aires	●			
Droguería Promed Internacional	CABA			●	
Droguería San Javier	CABA	●			
Pharmos	CABA			●	
Rofina	CABA				●

Referencia: ● indica la participación del proveedor, **sombreado:** proveedor que se presentó en todos los procesos analizados.

Fuente: elaboración propia

En los expedientes también se incluyeron los requerimientos que debían cumplirse en las distintas instancias. Así, los laboratorios internacionales se ajustaban a las normativas y a las condiciones previstas para poder comercializar en el país según el Decreto 150/92

...de acuerdo con lo informado a fojas 26 por el Departamento Jurídico del Instituto Nacional de Medicamentos no existen objeciones técnicas, por lo que puede accederse a lo solicitado...(E5587C2I35).

Del producto de fabricación SUIZA 6) denominado FORTOBASE/ SAQUINAVIR (como mesilato)....8) al que se le asigna la categoría de ESPECIALIDAD MEDICINAL por hallarse en las condiciones establecidas en la Ley N°16463 su Decreto N 150/92.... (E1350 C1I207).

Además, se incorporaron al expediente aclaraciones presentadas por los laboratorios, por ejemplo, Merck Sharp & Dohme (Argentina) informó al Ministerio de Salud de la Nación respecto al certificado de Buenas Prácticas:

.... se encuentra en carpeta original, en el idioma inglés, debido a que el mismo pertenece a nuestra casa matriz situada en Estados Unidos, dado que en la Argentina no contamos con planta elaboradora al día de hoy (E10351C2I95).

Tabla 4: Laboratorios farmacéuticos y nacionalidad de casa matriz que participaron como proveedores del Estado según expediente de compra

Laboratorio Farmacéutico	Origen de la casa matriz	Participación en proceso de adquisición			
		E1350	E5587	E7970	E10351
Abbott	Estados Unidos	●	●	●	●
Bagó	Nacional	●			
Biocrom	Nacional			●	
Biotenk	Nacional			●	●
Boehringer Ingelheim International	Alemania		●	●	●
Bristol Meyer Squibb	Estados Unidos		●	●	●
Delta Pharma	Nacional		●		
Dosa	Nacional	●		●	●
Elea	Nacional	●	●		●
Fabra SRL	Nacional			●	●
Fada Pharma SA	Nacional			●	
Filaxis	Nacional		●	●	●
Fortbenton	Nacional			●	
Gador	Nacional				●
Gautier	Uruguay	●			
Gemepe	Nacional			●	
Glaxo Smtihkline	Inglaterra	●	●	●	●
Hexal	Alemania	●			
Inst Biológico Argentino	Nacional			●	●
Jassen Cilag SRL	Bélgica- Suiza			●	
Kampel Martin	Nacional	●	●	●	
Klonal	Nacional	●	●	●	●
Labinca	Nacional	●	●		
Lazar	Nacional		●		
Medipharma	Colombia		●	●	●
Merck Sharp Argentina	Estados Unidos	●	●		●
Monte Verde SA	Nacional		●	●	●
Northia	Nacional			●	●
Richet	Nacional	●	●	●	●
Roche	Suiza		●		●
Rontag	Nacional		●		●
Sandoz	Suiza			●	
Veinfar	Nacional			●	

Referencia: ● indica la participación del laboratorio.

Sombreado: proveedores internacionales. Fuente: elaboración propia.

El mismo laboratorio hizo un reclamo en relación al Sistema de Información de Proveedores (SIPRO) del Ministerio de Salud de la Nación y las imposibilidades que tenían los laboratorios extranjeros:

Nuestra empresa es jurídicamente una sucursal de una empresa constituida en el extranjero...lamentablemente ni “sociedad Constituida en el Extranjero” figura como opción dentro del cuadro “Tipo Social” ni USA, Exterior” u otro similar figuran como opción dentro del cuadro “Lugar” en área “Datos del Contrato Constitutivo”

En virtud de todo lo expuesto nos es imposible completar la información requerida sin falsear la verdad, por lo que requerimos a uds. Que dicha imposibilidad sea tenida en cuenta o bien efectuar las modificaciones necesarias al sistema mencionado o bien dar curso a nuestras ofertas en licitaciones o compras directa u otros aun cuando no hubiéramos satisfecho el requisito (E10351C2I105).

En relación a las posibilidades de ingreso de medicamentos al mercado argentino, las asesoras técnicas de ANMAT aseguraron que los medicamentos importados entraban muy fácilmente, sin controles o exigencias específicas. El seguimiento del medicamento era el mismo independientemente del origen del laboratorio productor.

La ANMAT también era la responsable de emitir certificados de libre sanción, tanto para proveedores nacionales como internacionales. Esos certificados eran de presentación obligatoria para que un proveedor sea considerado como tal. El trámite se realizaba con solo cuatro días de antelación a la apertura de la contratación directa o licitaciones (E1350C2I15, E1350C3I100, E1350C4I42).

...Laboratorio DOSA ha cumplimentado con la Disposición 6897/00 la misma se ha realizado el día 20/09/01, para nuestro producto Lamivudina- Zidovudina DOSA; cumpliendo satisfactoriamente con el peritaje técnico según el acta

redactada. Motivo por el cual solicito la disposición habilitante para dicho producto. (E1350C3I100)

...solicitarle tenga la gentileza de extendernos el certificado de GMP, para ser presentado en la contratación directa N°12/2002... (E1350C3I101)

Boehringer Ingelheim International se dirige a Asuntos Jurídicos de la ANMAT para solicitar el certificado para ser presentado ante el Ministerio de Salud en el marco de la Licitación Pública N°18:

...de Viramune 200 mg comprimidos...en el cual se indique la existencia de la ausencia de sanciones en el transcurso de los últimos 12 (doce) meses... (E10351C2I028)

En cuanto a la comunicación entre los representantes del Estado y los proveedores, en los expedientes se encontró que el Ministerio de Salud utilizaba diversas formas de comunicación con sus proveedores, dependiendo de la urgencia de la situación: avisos en medios de prensa escrita, correos electrónicos y también telegramas vía correo postal. En el expediente 5587 había recortes de periódico que fueron publicados en la sección de Legales el día 15/07/2002. Allí se convocaba a una Contratación Directa, el objeto era adquisición de medicamentos, el pliego no tuvo costo. (E5587C1I107) También se realizó la difusión del pliego en las siguientes agrupaciones: Cámara Empresaria de Laboratorios (COOPERALA), Cámara Argentina de Productos de Drogas Farmacéuticas, Cámara Argentina de Comercio, La Guía, Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (CILFA) (E5587C1I109).

La invitación para participar de la contratación directa 12/02 se realizó mediante una carta enviada por correo electrónico el 14 de marzo de 2002 (E1350C1I94) y se convocó a la Unión Argentina de Proveedores del Estado (UAPE), la Cámara Empresaria de COOPERALA, la Cámara Argentina de Productos de Drogas Farmacéuticas, la Cámara Argentina de Comercio, La Guía, CILFA. (E1350C1I102)

Los registros mostraron que las industrias farmacéuticas nacionales dejaban constancia acerca del origen nacional de los bienes cotizados y, en consecuencia, exigían el cumplimiento obligatorio del Régimen Compre Nacional:

Resulta de cumplimiento obligatorio para el licitante, el Régimen de COMPRE NACIONAL [...] (E1350C2I51), (E5587C5I079-080), (E7970C5I15), (E10351C5I38)

Con respecto a la industria nacional privada, el asesor de ONUSIDA Brasil opinaba que la industria farmacéutica privada argentina tenía mucha capacidad de lobby en el gobierno nacional.

En los expedientes también se incorporaron registros de reclamos de distinta índole que hacían los proveedores al Estado. Por ejemplo, un laboratorio envió una carta documento al Ministerio de Salud de la Nación para intimarlo a un pago el 30/04/2002:

Se intima 72 hs al pago del cargo previsto en el artículo 75 del Decreto 436/00 por la suma de \$194922,34, correspondiente a la Contratación Directa N° 12/02 que fuera aprobada mediante resolución N° 236 de fecha 26 de abril de 2002. (E1350C6I394)

Otro laboratorio presentó copia del certificado emitido por el ANMAT de uno de sus productos donde se hacía una aclaración respecto de la fecha de vencimiento de uno de los medicamentos:

...se ha reconocido el producto un vencimiento de 12 meses. Por tal motivo, el producto no podía cumplir con el requisito de pliego de Bases de Condiciones Particulares en el cual se solicita un vencimiento de 18 meses...(E5587C5I9)

Los laboratorios nacionales hacían otro tipo de solicitudes, por ejemplo en julio de 2002 el Laboratorio Klonal solicita al INAME la restitución Certificado de Buenas Prácticas de Manufactura para presentarse en la Contratación Directa (E5587C3I24). También se solicitan certificado de inexistencia de sanciones aplicadas a los distintos laboratorios, trámite que se viabiliza a través del Departamento Jurídico de la ANMAT (E5587C4I141). En la misma línea, Elea SACIFyA solicitó al INAME certificado de Buenas Prácticas de Manufactura para algunos de sus productos. El Laboratorio Kampel Martian SA hace lo propio para presentarlos en la Licitación Pública N°15/2003 (E7970C4I11).

El laboratorio Dosa solicitó al INAME certificado de GMP el 23 de octubre de 2003:

....solicitarle tenga la gentileza de extendernos el Certificado de GMP, para ser presentado en la Licitación Pública Nacional. Fecha de Apertura 28/10/2003... Se adjunta a tal efecto e formulario, y el arancel correspondiente...(E10351C6 I52)

El Laboratorio Elea incorporó una aclaración:

Aclaremos además que en el caso del producto ENPER, Jarabe, como tuvimos inconvenientes con el elaborador (Laboratorio Omicron) en trámite anterior de GMP, hemos iniciado el trámite de aprobación de G&M SA, como elaborador alternativo.... (E10351C6I56)

En los expedientes también se encuentran registros de la comunicación entre las distintas órbitas del Estado: el director de compras y suministros del Ministerio solicitó de oficio la intervención del INAME para obtener las constancias de las especialidades medicinales que los proveedores ofrecían en este acto licitatorio, la nota se tramitó con carácter de urgencia y de PRONTO DESPACHO:

En las Cláusulas Particulares que rige el presente acto licitatorio, se estableció que este Ministerio de oficio, solicitará a la ANMAT la constancia de APTITUD PARA ELABORAR, CONTROLAR Y COMERCIALIZAR de los titulares y/o elaboradores de los certificados de las especialidades medicinales ofrecidas por los oferentes que participan en la citada licitación...(E1350C6I14, E7970C9 I49)

Se solicita en los casos que el titular del certificado no cuente con la correspondiente constancia de APTITUD PARA ELABORAR, se informe si se encuentra delegada en otro laboratorio...(E1350C6I14, E7970C9I49, E10351C1I126)

Como respuesta a lo solicitado se obtuvo un listado de proveedores que cumplían con los requisitos establecidos, la nota terminaba con una aclaración

...Se informa que el ABACAVIR de laboratorios Richmond SA no se encuentra en condiciones de ser comercializado en los términos de la disposición 6897/00. (E1350C6I18)

Otra cuestión que se puso en evidencia tanto en los expedientes como en las entrevistas fue el manejo de los medicamentos copia, las exigencias para cumplimentar los ensayos de bioequivalencia y la ley promoción de utilización de nombre genérico. La directora del Programa Nacional durante la crisis colocó en relevancia la ley de promoción de utilización de nombre genérico o denominación común internacional. Sin embargo, parecería que la ley generaba algunas incertidumbres respecto a la calidad, por ejemplo:

“con la ley de genéricos muchos laboratorios empiezan a producir y se le empieza a comprar a ellos, había una presión de la sociedad civil para garantizar la calidad”. (GH)

En el expediente 1350, se incorporó la actuación de la Dirección General de Asuntos Jurídicos para responder a una impugnación del Dictamen de Evaluación:

MERCK, SHARP & DOHME (Argentina)[...] formula impugnación [...] aduciendo no haberse realizado la verificación ante el INSTITUTO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA del cumplimiento de las Disposiciones ANMAT N°3311/01 y 6897/00... (E1350C6I133)

En respuesta a lo planteado por el Laboratorio Merck, la Dirección de Asuntos Jurídicos informó que se estaba cumpliendo con la Disposición mencionada, ya que la misma ANMAT prorrogaba los plazos establecidos mediante la Disposición 1277 de fecha 10/04/02, por lo tanto esta modificación se daba en el medio del proceso de la contratación y dejaba sin efecto la impugnación del laboratorio.

La ex directora del Programa Nacional aclara:

“(...) se saca una disposición en la cual se genera un listado de medicamentos que sí o sí teníamos que controlar, más allá de esa disposición siguieron entrando medicamentos sin bioequivalencia y biodisponibilidad hasta que Ginés exigió que se reglamente eso”.

Sin embargo, la reglamentación no fue sencilla y sufrió prórrogas en los plazos establecidos, se intentaba no dejar afuera a algunos laboratorios nacionales (Anexo) así la asesora técnica de ANMAT reflexionó:

“muy difícil que las empresas cumplan ensayos de bioequivalencia y biodisponibilidad, el acatamiento es de un 20% es lo mismo que con la trazabilidad”

Como se mostró en el capítulo anterior, las normativas legitimaron las decisiones que se fueron tomando desde el Estado como estrategias de flexibilización ante la crisis. Se puso en juego la racionalidad política, entonces la ANMAT en su Disposición 1277/02 (Anexo) dispone:

ARTICULO 1° Prorróganse los plazos establecidos en el punto 4, Anexo I de la Disposición 3311/01, estableciéndose el 31-12-02 para el fijado 31-12-01 y el 30-06-03 para el fijado el 31-12-02 (E1350C6I132).

En otro orden de reclamos y aclaraciones, que forman parte de la comunicación entre proveedores y Estado, se incluyeron en los expedientes compromisos de canje de medicamentos cuando la fecha de vencimiento de los mismos no se ajustaba a los 18 meses solicitados según los pliegos:

Medipharma SA se compromete al canje del producto ofrecido en el Renglón 18 (100000 stavudina Lazar) de la contratación de referencia con treinta días de anticipación a su vencimiento. (E5587C7I208)

En carácter de Declaración Jurada y como apoderado Mersharp & Dhome (Argentina) INC, me comprometo al canje de mercadería entregadas en un plazo de (tres) 3 meses anteriores a la fecha de su vencimiento...(E10351C2 I096).

La discusión del presente capítulo se centra en el modo en el que operan las decisiones internacionales en las políticas farmacéuticas de un país como Argentina, que contaba con una agencia reguladora nacional y que a pesar de encontrarse en emergencia pública destinó gran parte de recursos a tratamientos ARV. Otros autores muestran que en general los gobiernos consignan más recursos a la adquisición de medicamentos para VIH/sida y tratamientos de alta complejidad, que a APS. Un estudio del año 2004, comunicó que en Brasil el programa de SIDA se llevaba el 58% del gasto en medicamentos y el programa Farmacia Básica solo el 7%. En Argentina lo destinado a medicamentos del programa nacional de VIH/sida

era 2,3 veces mayor que el Programa Remediar de medicamentos para APS (De la Puente et al., 2007 p 63).

En esta instancia, es importante retomar la cronología de algunos hechos, ya que la Ley de Sida en Argentina surgió previo al ingreso de los ARV a la LMME de la OMS y a la creación de la ANMAT, en un contexto en el que se venía dando lo que se denominó “la reforma de los servicios de salud en América Latina” (Almeida, 2002). No obstante, en el momento en que se sancionó la ley de sida, el arsenal terapéutico y las expectativas de vida de una PVVS eran muy distintas a lo que sucedía en 2002, cuando fueran reconocidos por la LMME. Los cambios ocurridos en el tratamiento del VIH/sida fueron muy rápidos y contundentes en cuanto a resultados terapéuticos en las PVVS, el problema estaba en las posibilidades de acompañar su sostenimiento con políticas públicas.

La decisión de la OMS de incluir a los ARV en la LMME ejerció más presión para que el Estado se responsabilizara de la adquisición, en coincidencia con lo que Wirtz (2017) define como la segunda era de los medicamentos esenciales a nivel mundial, cuyo eslogan era “ampliar el acceso de medicamentos esenciales a través de programas globales”. Así, el costo del medicamento pasaba a segundo plano, dejaba de funcionar como criterio limitante para que un medicamento ingresara a la lista. Bajo ese paraguas se incorporaron al juego, con un rol muy fuerte, los organismos internacionales de préstamo (BM y BID), dividiendo entre ellos el financiamiento de medicamentos. Un trabajo de Homedes, Ugalde, & Forns (2005) analizó ese proceso y mostró que los medicamentos financiados por el BM han sido, sobre todo sales de rehidratación oral, vitaminas para mujeres embarazadas, ARV, antibióticos, vacunas, pastillas anticonceptivas y algunos medicamentos contra la malaria y la tuberculosis. Por otro lado, el BID brindó apoyo financiero a la APS.

En otro nivel de análisis, los resultados del presente capítulo lograron mostrar la debilidad institucional de la agencia reguladora nacional (ANMAT): se puso en evidencia su permeabilidad a la influencia del sector privado (industria farmacéutica y otros sectores relacionados a ella), característica que podría adjudicarse a su origen en un contexto neoliberal. La creación de la ANMAT en 1992 fue resultado de un decreto y supuso un

estatus jurídico diferente, de mayor debilidad en comparación a una ley. Así, su accionar quedó sujeto a una voluntad ejecutiva, pudiendo resultar mucho más lábil a la coyuntura (Oszlak & Felder, 1997). Coincidimos con los autores en que estas diferencias explican las sucesivas intervenciones de la ANMAT y la percepción de los propios trabajadores del organismo, que lo ven como un espacio cooptado por el privado donde la lógica de su función en la órbita del Ministerio de Salud parecería alejarse de los objetivos trazados. Los resultados de otra investigación mostraron que la ANMAT no se identifica como parte del Estado:

“Al comienzo de las actividades de la Superintendencia, cuando la mesa de entradas estaba a cargo de la Gerencia de Servicios al Beneficiarios, se intentó desarrollar un sistema de informatización que permitiera llegar al expediente electrónico. Se recurrió al ANMAT con el propósito de adaptar su sistema de informática a las necesidades de la Superintendencia. Aunque existe una disposición de la Jefatura de Gabinete de que los recursos del estado deben ser aprovechados por todas las áreas, ANMAT quería cobrar la consultoría para la instalación y la implementación del sistema fue finalmente desestimada”. (Alonso, 2001, p30)

Así, su autonomía parece volverse en contra de los intereses que debería perseguir, según la redefinición de la mixtura público- privado resultado de las reformas del Estado, basada en la separación de funciones. Sin embargo, la ANMAT no llegó a cristalizarse como un ente regulador que velara por el derecho a la salud de la población sino que se encontraba en una encrucijada de poder, donde claramente ganaron las reglas de juego puestas por el privado en desmedro del derecho a la salud. Allí se puso en cuestión qué se entiende por acceso a los medicamentos esenciales, el acceso incluye garantizar la calidad de los medicamentos que se dispensan, no obstante en el momento que la ANMAT atendió el reclamo de la industria farmacéutica local cedió parte del derecho a la salud.

Según Comotto & Lavopa (2014), Argentina es uno de los países de América Latina que cuenta con un uso extendido de la normativa de compra nacional, ya que dispone de instrumentos legales que protegen a los

productos y/o oferentes locales. Además, los autores consideran que esta herramienta era muy interesante, porque permaneció preservada de las reglas multilaterales de comercio que surgieron tanto del Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles (GATT) de 1947 como del paquete normativo de la OMC. De todos modos, la defensa de la industria nacional debería ir acompañada de exigencias que pongan en equilibrio los distintos intereses. La normativa de compra nacional, Ley N° 25.551 y su decreto reglamentario N° 1600/2002, implicó el encauzamiento político-normativo de la capacidad de inversión del sector público hacia el mercado interno (Comotto & Lavopa, 2014), pero no debía ir en contra del derecho a la salud.

La extensión de plazos para cumplimentar ensayos de bioequivalencia y biodisponibilidad atendiendo a la crisis económica, política y social sin dudas favoreció a la industria local pero sembró incertidumbre en las personas que necesitaban un medicamento, ese es el punto donde se esperaba que una agencia reguladora limite el avance del privado. El Estado entró en contradicción: por un lado quiso ajustarse a recomendaciones internacionales pero luego su propia estructura no logró sostener esas recomendaciones, la emergencia sanitaria fue usada como un elemento clave que no permitía que se concretaran las exigencias de la agencia reguladora, no obstante si el escenario hubiera sido diferente, en ausencia de crisis, los hechos hubieran sido similares.

Capítulo 5 La Organización Mundial del Comercio y los antiretrovirales en la Emergencia Sanitaria

En este capítulo trabajaremos algunos aspectos centrales de las patentes farmacéuticas y su influencia sobre las políticas de salud en el uso de los ARV en América Latina, especialmente en un contexto de emergencia sanitaria. Presentaremos los hallazgos en relación a la categoría 2.1: Postura de las cámaras de laboratorios y droguerías ante la crisis y 2.4: Dificultades administrativas para cumplimentar la entrega de ARV.

La pandemia de VIH/sida logró ubicar al sistema de patentes farmacéuticas bajo la lupa; expuso en poco tiempo que el acceso a los medicamentos y, como consecuencia, el derecho a la salud estaban estrechamente vinculados al lugar del mundo donde viviera la persona que necesitara un tratamiento. Un reporte del año 2000 de la OMS informó que sólo el 20% de la población mundial, la que vive mayormente en los países ricos, utiliza el 80% de la producción de medicamentos del mundo (Linares, 2004). Esa situación ponía en evidencia la puja de intereses que alcanzó a plasmarse en lo que se conoce como la Declaración de Doha del año 2001, evento que adquirió el estatus de hito para la salud pública a través del tiempo.

La Organización Mundial del Comercio (OMC) es la sucesora del sistema multilateral de comercio conocido como Acuerdo General sobre Comercio y Aranceles (GATT), y se encarga especialmente de establecer las normas del comercio internacional que los países miembro de la OMC están obligados a asumir una vez que son consensuadas en ese ámbito. Con la creación de la OMC, en 1995, se definió el tratado más completo que hubiera existido hasta el momento en materia de derechos de propiedad intelectual: el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC). Ese acuerdo vinculaba, por primera vez, los temas de propiedad intelectual y comercio, y ofrecía un mecanismo multilateral para la solución de diferencias entre países (Correa, 2008).

La propiedad intelectual es una categoría genérica, de carácter jurídico con efectos políticos, sociales y económicos, que encierra los derechos que tienen los individuos sobre sus propias creaciones, trabajos y producciones fundamentados en el intelecto, talento y habilidades. La propiedad intelectual abarca dos grandes áreas: los derechos de autor y la propiedad industrial. La primera protege los trabajos y programas informáticos, literarios, artísticos, fotográficos y cinematográficos. La propiedad industrial es un término colectivo para un conjunto de derechos relacionados con actividades industriales o comerciales, individuales o de empresas, tales como el uso de marcas, las indicaciones geográficas, los diseños industriales, las patentes, los planos (topografías) de circuitos integrados y la protección de información confidencial (Bermudez et al., 2006) . Las patentes a medicamentos le otorgan veinte años de derechos exclusivos de explotación a la empresa dueña de la innovación y, como consecuencia, retrasan la posibilidad de producción e ingreso al mercado del medicamento genérico. La obligación de otorgar protección por patentes a los productos farmacéuticos limita el margen de autonomía de los gobiernos para el diseño de políticas de salud centradas en salud pública y, al mismo tiempo, no ha impactado de manera significativa en la creación de nuevos fármacos para el tratamiento de las enfermedades endémicas de países dependientes (Rivera, 2014).

Ante la pandemia de VIH/sida, en abril de 2001, un grupo de países africanos solicitó una sesión especial del Consejo de las ADPIC para analizar la relación entre los acuerdos comerciales y el acceso a medicamentos. Los países dependientes miembros de la OMC sostenían y reclamaban que los medicamentos no podían ser considerados como cualquier otra mercancía. En ese momento, la industria farmacéutica y algunos países centrales donde se encontraban las casas matrices de esas industrias hacían lo posible para que otros países miembros de la OMC no pudiesen aplicar las salvaguardas preestablecidas por la OMS. Las salvaguardas del Acuerdo sobre los ADPIC relacionadas con la salud pública otorgaban a los miembros recursos para mitigar o flexibilizar las potenciales consecuencias negativas del Acuerdo, especialmente el impacto en el precio de los medicamentos.

“Estas salvaguardas incluyen el establecimiento de normas de patentabilidad que reflejen los intereses de la salud pública, la previsión legislativa de las licencias obligatorias, las excepciones a los derechos exclusivos y otras medidas que promuevan la competencia de genéricos, y la prórroga del período de transición. También la importación paralela de un medicamento patentado de países en los que se vende a precio más bajo puede ser autorizada por los gobiernos”. (OMS, 2001, p.6)

En ese contexto, la industria farmacéutica multinacional intentó impedir, a través de la Asociación de Fabricantes Farmacéuticos de Sudáfrica, que el gobierno de ese país utilizara una serie de medidas en beneficio de la salud pública: importación paralela, licencia obligatoria, sustitución por genéricos y ofertas internacionales de precios. La demanda judicial tuvo el apoyo del Congreso de Estados Unidos, que decidió amenazar a la administración africana con suspender toda la ayuda al desarrollo del país (Giaccaglia, 2010; Velásquez, Correa, & Balasubramaniam, 2006)

En este proceso, los autores marcan los logros de Brasil como uno de los casos paradigmáticos que aportaron, junto a Sudáfrica e India, a la agenda de salud internacional por la puja para garantizar el derecho a la salud. No se puede obviar que, sobre finales de la década del 80, Brasil fue el primer país del sur en brindar acceso al tratamiento ARV público y gratuito a todos los ciudadanos que así lo requirieran y que, en ese marco, la Asociación de la Industria Farmacéutica de Estados Unidos intentó generar una imagen negativa de las decisiones plasmadas en la legislación brasileña (Giaccaglia, 2012a)

En ese contexto se dieron fundamentalmente dos situaciones conflictivas: la primera se produjo entre 1996 y 2001, cuando el país llevó adelante negociaciones con la industria farmacéutica para lograr producir ARV. En 1997, durante el gobierno de Fernando Henrique Cardoso, se aprobó una legislación sobre patentes que permitía a compañías locales, en determinados casos, la fabricación de productos patentados. Su legislación habilitaba a producir en su territorio ocho de los doce ARV utilizados en ese

momento. El costo de la terapia era de hasta un 70% más barato que el costo de la que ofrecían las multinacionales (Giaccaglia, 2010, p.294).

El segundo conflicto fue en los años 2000 y 2001, cuando Estados Unidos recurrió a la OMC por el requisito de explotación local. El gobierno norteamericano sostuvo que este requisito sólo podía cumplirse mediante la producción nacional y no mediante la importación de la materia patentada (Giaccaglia, 2010, p.296). No obstante, el gobierno brasileño se movilizó de modo muy preciso en el plano internacional. El caso resonó en la comunidad internacional debido a su íntima relación con la pandemia del VIH/sida, así Brasil logró apoyo estratégico y Estados Unidos retiró su reclamo (Velásquez et al., 2006). Por su parte, Brasil se comprometió a minimizar el uso de las licencias obligatorias⁷.

La licencia obligatoria (LO) es considerada un elemento esencial de la legislación de propiedad industrial, especialmente si el país no tiene una legislación antimonopolio fuerte como la de los Estados Unidos. La LO es una importante herramienta de política pública para todos los Miembros de la OMC ya que promueve la competencia, facilita la reducción de precios y compensa al titular de la patente por el uso de su invención (Bermudez et al., 2006).

En India, la ley nacional de patentes es de 1970 y solo permite patentes de proceso. De esta manera, las empresas indias pueden realizar variantes más baratas de una droga, patentada en el extranjero, comercializando el mismo producto en tanto se fabrique con un proceso diferente. De este modo, el país logró generar capacidad tecnológica local y al mismo tiempo los precios se mantuvieron accesibles, de ese modo pudieron enfrentar a los laboratorios multinacionales (Giaccaglia, 2012a).

Cabe señalar el rol esencial que cumplieron las organizaciones civiles internacionales en este juego de poder: Médicos sin Fronteras, Acción Internacional para la Salud, Consumer Project on Technology y Red del Tercer Mundo hacían públicas las presiones que recibían los gobiernos

⁷ Se habla de licencia obligatoria cuando una autoridad gubernamental competente está facultada para conceder una licencia de uso de una invención, sin consentimiento del titular de la patente, a un tercero o a un organismo gubernamental. No obstante, el titular conserva los derechos de propiedad intelectual y "recibirá una remuneración adecuada" según las circunstancias del caso (OMS, 2001, p.4)

que defendían el derecho a la salud de sus poblaciones, especialmente vinculado a las PVVS. Esas presiones públicas, que se hacían evidentes en cada reunión internacional, formaban parte de la gobernanza mundial que condujo, entre cosas, a que en abril de 2001 las empresas farmacéuticas retiraran la demanda judicial, ya que advirtieron que era más beneficioso alcanzar un acuerdo que atraer publicidad negativa y el deterioro de su imagen (Giaccaglia, 2010).

Otra situación que influyó para que se concretase la Declaración de Doha fue que Canadá y Estados Unidos atravesaban una situación epidemiológica particular, por la aparición del antrax, y necesitaban el acceso a ciprofloxacina (Cipro ®), bajo la patente de la alemana Bayer. En esas circunstancias, ambos países expresaron rápidamente la disposición de dejar de lado la patente de la empresa alemana si no se encontraban otras soluciones. Así, países centrales y desarrollados se cuestionaron hasta qué punto querían ser prisioneros de los sistemas que ellos mismos generaban y sostenían (Hoen, 2003).

De este modo llegó a concretarse la Declaración de Doha, relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública (WT/MIN(01)/DEC/2, 2001), basada en el principio de que los intereses de la salud pública deben primar sobre los derechos de propiedad intelectual para garantizar el derecho a la salud. Los países en desarrollo necesitaban una declaración que los amparara, ya que, a pesar de que las flexibilidades estaban previstas en el Acuerdo, se encontraban con distintos obstáculos que los llevaban a los conflictos antes descritos. La voluntad de los países en desarrollo de ocuparse de las cuestiones de salud pública en el Consejo de los ADPIC estuvo basada en la convicción de que el Acuerdo sobre los ADPIC no debería impedir que sus miembros adoptaran las medidas necesarias para asegurar el acceso a los medicamentos y satisfacer necesidades de salud pública. Así, durante varias reuniones del año 2001, el Consejo de ADPIC analizó las distintas situaciones. Sin embargo, Estados Unidos, Japón, Suiza, Australia y Canadá hicieron circular un documento con un texto alternativo, que destacaba la importancia que la protección de la propiedad intelectual tenía para la investigación, la innovación y el desarrollo, manifestando que

la propiedad intelectual contribuía a los objetivos globales de salud pública (Correa, 2002).

El argentino Carlos Correa (2002, p.3), referente mundial en el tema, sostiene que la declaración fue el resultado de una estrategia cuidadosamente elaborada por los países en desarrollo. Pese a la resistencia que al principio mostraron algunos de los países desarrollados, la Declaración de Doha fue adoptada por consenso, sobre la base de compromisos de última hora y de una formulación cuidadosa.

El VIH/sida fue una de las prioridades para que la declaración se llevara adelante. A pesar del protagonismo del problema de salud específico desde el primer párrafo, se reconoció el esfuerzo de los países en desarrollo por incorporar problemas de salud pública en general que no tuviesen que ver con enfermedades infectocontagiosas, como por ejemplo cáncer o asma. Consideramos que en función de nuestro problema de investigación es relevante tener en cuenta la flexibilidad del subpárrafo 5c de la Declaración, ya que aborda la cuestión de la emergencia:

“Cada Miembro tiene el derecho de determinar lo que constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia”.
(WT/MIN(01)/DEC/2, 2001, p.1)

Según el análisis de Correa (2002), dicha determinación puede ser pertinente para la concesión de licencias obligatorias, el establecimiento de excepciones o la adopción de otras medidas permitidas según otros artículos del Acuerdo. No obstante, el informe del Poder Ejecutivo argentino que promulgó la Declaración de Emergencia Sanitaria hasta el 31 de diciembre de 2002 (Decreto 486, 12 de marzo de 2002), no hizo referencia explícita a las disposiciones de la ley de patentes (Correa, 2002, p.18).

Los interrogantes que surgen son: ¿qué sucede después de Doha?, ¿cómo se implementa?, ¿quiénes pueden poner en funcionamiento las herramientas para flexibilizar las ADPIC?

Posteriormente de lo que fue considerado como un éxito de los países con menos ventajas en el orden mundial, la recomendación de los especialistas convocaba a que todos los miembros de la OMC deberían, a su debido tiempo, tomar las medidas que fueran necesarias para aplicar la Declaración de Doha.

“Se deberían enmendar las leyes nacionales para facilitar la exportación de los productos farmacéuticos que se necesiten según el párrafo 6 de la Declaración. Se debería alentar a los países en desarrollo (y proporcionarles la debida asistencia técnica) a revisar su legislación para asegurar que las flexibilidades tal como han sido aclaradas en la Declaración, así como otras flexibilidades permitidas por el Acuerdo sobre los ADPIC, queden incorporadas en sus leyes nacionales y sean utilizadas de forma efectiva para abordar cuestiones de salud pública”. (Correa, 2002, p.49)

Ese fue el gran desafío para los países con menos recursos en un contexto en el que los países centrales con casas matrices de industrias farmacéuticas, dueños exclusivos de sectores de investigación muy desarrollados y complejos —Alemania, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, Reino Unido, Suecia, Suiza — parecían no rendirse a las aclaraciones de las ADPIC que abordó la Declaración de Doha. Las ADPIC plus intentaron prolongar la duración de la patente más allá del mínimo de veinte años del Acuerdo; restringir la expedición de licencias obligatorias de maneras que el Acuerdo no exigía, y restringir las excepciones que facilitaban la introducción rápida de medicamentos genéricos. Esas negociaciones se dieron en ámbito de los tratados de libre comercio que suscribían países en desarrollo con países desarrollados, suelen contemplar entre sus disposiciones normas ADPIC plus. A veces otorgando a las gigantes farmacéuticas con casa matriz en Estados Unidos y Europa, más derechos de los que tienen en sus países de origen. Estas situaciones ponen en cuestión el derecho a la salud como derecho humano y genera que los países que limitan las flexibilidades de la declaración de Doha sean denunciados habitualmente de modo internacional ante la Asamblea de las Naciones Unidas (Soto, 2015).

Algunos autores ponen en evidencia que el significado de “emergencia” varía según la zona geográfica donde se produzca (Orta & Sánchez de la Cruz, 2014): los países en desarrollo tienen dificultades para justificar sus emergencias sanitarias y recurrir a los medicamentos genéricos, mientras en los países desarrollados se llega fácilmente a acuerdos de abaratamiento con las grandes compañías cuando hay amenaza para la salud pública. Como se mencionó anteriormente, en 2001, frente a los casos de ántrax y la necesidad de ciprofloxacina, tanto Canadá y Estados Unidos amenazaron con quebrar la patente a Bayer, no obstante la emergencia no era tal, Canadá no tenía casos de ántrax denunciados y Estados Unidos tenía solo 13 casos con 3 muertes (Nwobike, 2005).

Las organizaciones civiles internacionales tuvieron un rol fundamental para sostener las flexibilizaciones y denunciar los atropellos de las industrias de los países centrales. Oxfam internacional⁸ es un movimiento mundial que abordó la problemática de las patentes farmacéuticas como barrera para lograr el acceso a los medicamentos esenciales. Un informe de Oxfam con motivo de quinto aniversario de la Declaración de Doha muestra que solo un puñado de países ha logrado aplicar algunas de las flexibilizaciones de los ADPIC: Malasia, Kenia, India y Filipinas, a través de licencias obligatorias o importaciones paralelas. No obstante, dependen de negociaciones permanentes en el marco de los tratados de libre comercio y tuvieron enormes presiones de Estados Unidos, de la Unión Europea y las compañías farmacéuticas (Oxfam, 2006). En el informe posterior, la misma organización expuso los avances de las compañías farmacéuticas en el cumplimiento de sus compromisos. A pesar de que una serie de compañías farmacéuticas ofrece precios diferenciados, principalmente para enfermedades prevalentes como el VIH/sida y la malaria, el enfoque que suelen tomar las compañías sigue siendo el de adoptar políticas específicas analizadas caso a caso, que en gran medida son reflejo del grado de publicidad que rodea la enfermedad o el país (Oxfam, 2007). No obstante, la organización civil plantea la necesidad de que la

⁸ Oxfam Internacional fue fundada en 1995 por un grupo de organizaciones no gubernamentales independientes. Su objetivo era trabajar en conjunto para lograr un mayor impacto en la lucha mundial por reducir la pobreza y la injusticia (Oxfam International, 2016)

industria farmacéutica se corra de la filantropía, y reconoce como uno de los obstáculos principales para lograrlo la búsqueda, de las propias industrias, de estrategias que aborden el acceso a los medicamentos como una cuestión que atañe principalmente a su propia reputación, situación que se refleja en la preocupación en torno a las donaciones y a los programas para comunidades específicas en lugar de generar un enfoque global para desempeñar un papel responsable en la salud de la población (Oxfam, 2007).

El caso de Brasil resulta de especial interés por los vínculos políticos y económicos que ha tenido históricamente con Argentina. Brasil se ha destacado y posicionado como un referente en la adquisición y producción de los medicamentos ARV. La amenaza de emisiones de licencias obligatorias fue el principal instrumento de presión utilizado durante los procesos de negociación de precios de los medicamentos ARV. El laboratorio farmacéutico oficial Instituto de Tecnología en Fármacos o Farmanguinhos de la Fundación Oswaldo Cruz, fue capaz de respaldar al Ministerio de Salud con referencias de precios aceptables y capacidad para producir en caso de impasse y emisión de licencia obligatoria. Las empresas prefirieron reducir los precios a tener sus productos producidos por la industria nacional, así el gobierno brasileño consiguió reducir el precio de kaletra y de tenofovir con la amenaza de otorgar una licencia obligatoria (Costa Chaves, Fogaça Vieira, & Reis, 2008; Velásquez et al., 2006). Sin embargo, esta flexibilidad sólo fue utilizada por Brasil en 2007, para el ARV efavirenz. La sociedad civil brasileña apoyó la adopción de la licencia obligatoria como una forma de superar las amenazas a la sustentabilidad del acceso universal al tratamiento impuestas por el alto costo de los medicamentos.

En este contexto, resulta interesante incorporar el modo en el que algunos países resignificaron de manera estratégica sus alianzas. En 2003, los gobiernos de India, Brasil y Sudáfrica decidieron crear la alianza trilateral IBSA. El surgimiento de esta asociación resulta de gran importancia para el tema analizado, debido a que los tres países unieron sus esfuerzos políticos a fin de potenciar las iniciativas tendientes a establecer nuevos patrones en la gobernabilidad mundial en materia de salud

(Giaccaglia, 2010). La agenda del IBSA incluye un grupo de trabajo en salud que estableció seis áreas de interés común: derecho de propiedad intelectual y su impacto en el acceso a las medicinas, medicina tradicional, regulación sanitaria, estudio de epidemias, vacunación, investigación y desarrollo de productos farmacéuticos. Asimismo, se propuso el intercambio de expertos técnicos a fin de fortalecer la producción nativa y por ende un acceso a fármacos menos costosos y de mayor calidad (Giaccaglia, 2012b, p.40).

En Argentina, el lobby de los laboratorios de capital nacional demoró el tratamiento legislativo e intentó restringir las exigencias que planteaba la Secretaría de Comercio de Estados Unidos al Poder Ejecutivo Nacional (Katz et al., 1997). En 1991, había un proyecto a la espera de dictamen por parte de la Cámara de Diputados en las Comisiones de Industria, Comercio, Salud, Ciencia y Técnica y Legislación General. Además, aguardaban tratamiento otros trece presentados por legisladores de distintos partidos políticos. En 1993, el Poder Ejecutivo Nacional, ante la falta de tratamiento en diputados, decidió pasar el proyecto que estaba a la espera de dictamen a la Cámara de Senadores. Se realizaron una serie de audiencias organizadas por la comisión de Industria, líder del proceso. Con excepción de la Cámara que nuclea a los laboratorios farmacéuticos extranjeros y el Centro de Estudios para el Desarrollo de la Industria Químico-Farmacéutica Argentina (Cediquifa), el resto de los dieciseis expositores ante el Senado expresaron su preocupación por cualquier cambio legislativo que favoreciera la conformación de monopolios en el área de la salud y todas las consecuencias que traería (De la Puente et al., 2009). Sin embargo, ante la presión internacional mediante el ADPIC, y luego de realizar ajustes al proyecto según las audiencias realizadas, quedó por fin sancionada la ley de patentes en 1995, a pesar de la resistencia de los sectores implicados. El decreto reglamentario fue sancionado en marzo de 1996.

Argentina comenzó a conceder patentes sobre productos farmacéuticos a partir del año 2000, posibilidad que estaba excluida con la legislación anterior. De este modo, ciertos productos sólo pueden ser adquiridos al titular de la patente, a menos que se confiera una licencia

voluntaria u obligatoria o se disponga del uso gubernamental con fines no comerciales de la patente respectiva. Una investigación realizada en Argentina obtuvo como resultado que, en el período comprendido entre 2001 y 2007, se registraron un total de 951 patentes farmacéuticas concedidas en el país. El 43% de las mismas pertenecía a empresas que poseen su casa matriz en la Unión Europea. En segundo lugar, y con una participación del 36%, se encontraban las patentes obtenidas por empresas de capitales estadounidenses, en tanto que las patentes de capitales nacionales representaban un 2% del total (Correa et al., 2011). Los autores hacen especial hincapié en la importancia de contar con datos confiables respecto de las patentes concedidas y los vencimientos de las mismas para tomar decisiones en cuanto a los modos de adquisición según el tipo de producto y el modo en que se ejerce el poder de negociación frente a los proveedores. La existencia de una patente puede frustrar adquisiciones de medicamentos, en caso de que el titular ejerza sus derechos exclusivos contra otros potenciales oferentes (Correa et al., 2011, p.23).

En 2002, a pesar de la crisis por la que estaba atravesando el país y del contexto internacional y regional favorable para tomar decisiones en cuanto a la adquisición de ARV protegidos por patente. En los expedientes analizados en la investigación no se incluyó ninguna inquietud o preocupación al respecto, no se encontraron registros de solicitud de licencia obligatoria y tampoco evaluaciones que contemplen la producción pública de alguno de los ARV. La asesora económica del Ministerio de Salud reflexionó en torno a la Declaración de Doha y su impacto en Argentina:

“Al inicio de la crisis de 2001, recién finalizaba el periodo de transición por el que Argentina pudo extender la incorporación de patente farmacéuticas para productos. Téngase en cuenta que la Declaración de DOHA tuvo lugar en ese mismo año y es recién allí donde se pone de manifiesto la importancia de las patentes en su relación con el acceso a los medicamentos”.

“En este contexto, y durante muchos años, Argentina no percibió la existencia de patentes como una dificultad para garantizar el acceso a medicamentos. Sin embargo y recién a partir de 2005/2006 es que Argentina comienza a participar activamente en

foros sanitarios internacionales (OMS/OPS) desde la cartera de salud. Anteriormente siempre las negociaciones se manejaron desde el ministerio de Relaciones Exteriores y de Economía, por lo que las cuestiones vinculadas a la salud quedaron absolutamente relegadas de las discusiones netamente comerciales”.

En relación a las LO la asesora económica dijo:

“Argentina nunca usó LO para ningún medicamento, no solo para ARV. Nunca la provisión de medicamentos para VIH/sida se vio amenazada por cuestiones vinculadas a propiedad intelectual. Argentina, pudo garantizar la provisión a partir de la distribución de similares. Es importante tener en cuenta que aún cuando Argentina quisiera hacer uso de la L.O. no existen mecanismos establecidos para que sea operativo y ágil. No está reglamentado el procedimiento, por lo que sería muy difícil que pueda hacerse con celeridad”.

En cambio el asesor de ONUSIDA Brasil entendía que:

“Nunca hubo deseo político en ese sentido”

“Argentina con Ginés firmó una cooperación técnica para producir con Farmanguinhos. Los laboratorios de Argentina no estaban capacitados, deficiencia técnica y decisión política dudosa” “Los laboratorios estatales de Argentina no estaban capacitados”

Al respecto la directora del Programa en ese momento interrogó y respondió:

“¿para qué vamos a fabricar ARV si los que puedes fabricar son los más baratos? los que te desangran son los más caros y esos no lo puedes fabricar, no lo puedes fabricar por un tema de tecnología”

Además, agregó elementos para entender el marco internacional y el rol que ocupaba Argentina en relación a la producción local de medicamentos y la presión que ejercía la sociedad civil en el tema:

“se hizo una reunión en China para fabricar principios activos. Ellos tienen los principios activos, bueno y ¿qué podíamos hacer nosotros con eso?, lo que se podía fabricar era lo más barato. Te

sirve para negociar... pero después vienen los de VIH y te dicen que no se puede fabricar...no es hacerlo en la bañera de tu casa”.

El representante de la sociedad civil decía:

“Los congresos internacionales lo manejan los laboratorios”

“Muchas de las cosas que hacen las ONGs están pagadas por la industria, las ONGs piden y ellos pagan”

El representante de ONUSIDA Brasil reflexionó sobre la posición adoptada por Brasil y Argentina ante el fenómeno del VIH y el acceso a medicamentos:

“Se necesita decisión política de alto nivel, Brasil la tuvo con AZT, DDI”

“Argentina producía en industrias nacionales privadas y se quería fortalecer la industria nacional de medicamentos pero hay otros intereses también con las multinacionales, intereses económicos, el financiamiento de las campañas políticas, en todas partes siempre hay algo así que no es lo mejor para el país y no es exclusivo de Argentina”

La ex directora del Programa, con otras palabras, concuerda con lo expresado por el funcionario de ONUSIDA en cuanto a la diferencia con Brasil y las intenciones de trabajar de manera conjunta:

“Brasil estaba dispuesto, podía fabricar Kaletra®, había hecho una movida muy fuerte porque Abbott no bajaba los precios, habían llamado a un grupo de países entre los que estábamos para ver cuánto Kaletra® le podíamos prestar porque le íbamos a cortar los víveres a Abbott. Para empezar a fabricar necesitábamos un colchón de cuatro meses, ellos habían armado todo. Abbott te vendía a U\$\$ 1 y ellos lo fabricaban a U\$\$ 0,50 entonces viene Abbott y te dice te lo dejo a U\$\$ 0,40 y te quiebran todo pero hacen eso y después te lo vuelven a subir y cayó el proyecto de fabricación”

La gestora planteaba cuáles eran las reglas del juego y quiénes manejaban la situación:

“hay que tener una planificación a largo plazo, por lo menos darle un sustito...es difícil negociar en esa asimetría de poder”

“más allá de cuestiones políticas, producir en VIH es muy complicado. En Brasil sigue funcionando con medicamentos básicos, el sistema de producción es muy costoso”

En cuanto al aporte de los expedientes, encontramos que durante los procesos de compra los proveedores dejaban claro su posicionamiento y se anticipaban a los retrasos que sabrían que tendrían para cobrar los insumos que ofrecían al Estado. De esta manera, se daba inicio a una serie de negociaciones en las que las argumentaciones del Estado y de los proveedores parecían ir por carriles opuestos, donde se confrontaba el derecho a la salud de las PVVS con los intereses económicos financieros de las distintas corporaciones farmacéuticas. En los expedientes E1350 y E5587, febrero y junio de 2002 respectivamente, se aprecia de modo muy explícito cuál era la situación del país. En el E1350, el director de compras del Ministerio solicitó mejorar los precios de algunos renglones en función de las normativas vigentes de SIGEN, todas las respuestas obtenidas fueron negativas, más allá de tratarse de laboratorios nacionales o multinacionales, excepto la de una droguería que propuso un descuento. A continuación mostramos algunos ejemplos:

*...debido a la actual situación económico- financiera por la que atraviesa nuestro país, solo podemos hacer un descuento del 9% en el renglón nro 42, siendo nuestra nueva cotización \$31,76[...]
en otras oportunidades hemos accedido con agrado a mejorar nuestros precios pero en esta oportunidad, nos es imposible...(Laboratorio Richet SA, E1350C,I302)*

...informamos que el precio ofertado oportunamente en dicha contratación fue fijado de acuerdo a lo establecido por nuestras políticas comerciales, y por tanto, no creemos oportuno hacer ningún ajuste sobre el mismo. (Laboratorio Merck Sharp & Dohme, E1350C6I303)

...no estamos en condiciones de mejorar los precios cotizados en la contratación... (Laboratorio Pharmaka SA, E1350C6I304)

...lamentablemente Laboratorio Abbott no podrá reducir los precios cotizados en la contratación directa 12/02 (Laboratorio Abbott E1350C6I306)

[...]sostenemos la oferta [...] no pudiendo mejorar la misma de acuerdo a su solicitud, por el alto incremento del costo en nuestros producto (Laboratorio Kampel, E1350C6I307)

...lamentablemente Productos Roche SAQ en esta oportunidad no podrá reducir los precios cotizados debido a que nuestros productos son totalmente importados [...] (Laboratorios Roche, E1350C6I308)

...les hacemos saber la imposibilidad de efectuar alguna mejora en los mismos debido a las nuevas medidas económicas, la incertidumbre cambiaria, el no saber fecha cierta de pago como así tampoco en que medio de pago se efectuará el mismo (pesos, LECOP, etc) (Laboratorios Elea, E1350C6I309)

...ante la situación que está atravesando el país y ante la incertidumbre que se está viviendo solo podemos realizar una mejora de precios siempre y cuando la condición sea al contado (Laboratorio Klonal, E1350C6I310)

...dado los costos que han tenido los productos importados no podemos acceder a lo solicitud (Laboratorio Hexal E1350C6I311)

...Glaxo Wellcome no modificará los precios cotizados en la contratación directa de referencia, siendo estos los presentados históricamente por la compañía (Laboratorio Glaxo Wellcome, E1350C6I312)

...nos place informarles que luego de analizar exhaustivamente los valores de los precios cotizados, estamos en condiciones de ofrecer a ustedes una bonificación del 3% sobre la cantidad total de todos los renglones preadjudicados...

Es un esfuerzo adicional que realiza nuestra empresa, con el propósito de acercar una opción que permita paliar los efectos de la grave situación que se vive actualmente, en la medida de nuestras posibilidades y de acuerdo al espíritu de colaboración manifestado... (Droguería Magna, E1350C6I301)

La presente oferta se encuentra sujeta a que al momento del efectivo pago de la misma se haga en la cantidad suficiente de

pesos que permita adquirir el total de la misma en dólares estadounidense: al tipo de cambio del mercado libre tipo vendedor del Banco Nación Argentina publicado en el diario ámbito financiero de la fecha de pago. De no aceptar dicha condición, la oferta carecerá de todo valor y se tendrá por no hecha la misma. (Laboratorio Kampel E1350C2I10)

Más allá de la particular situación del país, el representante de ONUSIDA sostenía que Argentina pagaba mucho más por los medicamentos que Brasil:

“había diferencias inmensas. Argentina pagaba mucho más caro que Brasil. Los laboratorios multinacionales se sorprendían había 300 o 400% de diferencia. Nunca se logró comprar de manera conjunta. Desde el punto de vista administrativo se usaba como instancia de comparación en Mercosur”

No obstante, se encontró que el laboratorio Merck llevó adelante una compulsa caratulada: Alternativas y condiciones de venta contratación Directa S/ impugnación evaluación ofertas contratación directa. (E2820-02.3 fecha 03/04/02)

...teniendo en cuenta que nuestra empresa importa los productos que usualmente ofrece....esta situación de incertidumbre con respecto al valor del Peso hace más difícil hacer una oferta razonable que resulte justa y equitativa para ambas partes, es decir, nuestra empresa y el Ministerio...hoy en día es difícil calcular el valor en Pesos de nuestros productos, cuanto más cuando los plazos de resolución, de emisión de órdenes de compra, de entrega y de pago en estos casos, suelen demorar semanas.

Ante los riesgos enormes que afronta hoy en día cualquier oferente, es probable que las empresas procuren asegurar su situación patrimonial elevando los precios de forma tal de cubrir cualquier eventualidad, lo cual sería en detrimento del Ministerio (E1350C5I3)

En otra instancia de adquisición (E5587), se decidió dejar varios renglones sin adjudicar porque los precios superaban a los de referencia

elaborados por la SIGEN, Resolución Ministerial del 16/08/02 de la Contratación Directa 40/02. Sin embargo, la Directora Ejecutiva del Programa solicitó con urgencia resolver la adjudicación del renglón 32 correspondiente a Indinavir comprimidos. El laboratorio farmacéutico involucrado en ese proceso era nuevamente Merck, dueño de la patente del medicamento en cuestión. En ese momento, las autoridades de la Dirección General de Administración se comunicaron con la Dirección de Asuntos Jurídicos para solicitarle intervención en la mencionada adquisición:

Dada la situación planteada, se solicitó a la firma MERCK SHARP & DHOME (ARGENTINA), evaluada como menor precio, una mejora en el valor ofertado.

Mediante expediente N° 1-2002-7870/02-9 la citada firma no accede aduciendo que el producto es importado por las condiciones cambiarias e inflacionarias existentes (E5587C8I113)

Ante el planteo realizado, la Dirección General de Asuntos Jurídicos informó que lo ocurrido excede a su ámbito de opinión y remarcó lo sostenido por la SIGEN:

...es facultad de este Ministerio valorar la oportunidad mérito y conveniencia de contratar por encima de los valores referenciales de mercado informados. Así mismo y siempre de acuerdo a los lineamientos de ese Organismo de Control la valoración incluye la posibilidad de adjudicar por cantidades parciales aquellos renglones que resulten de mayor necesidad para el tratamiento adecuado a la dolencia, con el fin de procurar nuevas ofertas en posteriores contrataciones...(E5587C8I119,120)

A fines de agosto de 2002, la Directora Ejecutiva del Programa volvió a solicitar instrumentar la compra total de los renglones que detalla y aclara:

Motiva dicho pedido que a la fecha estos medicamentos se encuentran en stock cero....de los ocho renglones detallados los cinco primeros son antirretrovirales....el sexto y séptimo a pesar de no ser antirretrovirales, son medicamentos que se

usan contra enfermedades oportunistas resistentes a drogas de primera elección...el último se usa para contrarrestar los efectos tóxicos de los antirretrovirales....

Se hace hincapié que todos los medicamentos solicitados en la CD 40/02 están dentro del Vademecum de este Programa, por lo que es obligación del mismo tenerlos con stock referente a fin de cumplir con la legislación vigente y no poner a este Ministerio ante posibles situaciones judiciales (E5587C8I132)

Se intentó nuevamente mejorar los precios de varios proveedores en distintos ítems: Kampel Martian (E5587C8I140), Filaxis (E5587C8I145), Elea SACIF (E5587C8I150), Droguería Magna (E5587C8 I152). Los proveedores involucrados en los mencionados ítems eran laboratorios multinacionales, droguerías locales y laboratorios nacionales. Consideramos interesante remarcar que la siguiente respuesta fue dada por uno de los laboratorios internacionales, en relación a la adquisición de un antirretroviral de formulación pediátrica:

Efectuaremos un descuento del 7% del precio cotizado con anterioridad...a la presente se adjunta detalle que justifica el aumento de precios...

Asimismo dada la baja rentabilidad del producto (15%-producto importado) nos vemos obligados a no poder efectuarles un descuento mayor al 7%..(E5587C8I137)

En la Resolución Ministerial N° 515, la autoridad máxima del Ministerio de Salud manifestó que la citada firma (Merck) no accedió a la mejora de precios, aduciendo que el producto era importado afectado por las condiciones cambiarias e inflacionarias existentes en ese momento

...se trata de un medicamento antirretroviral y la discontinuidad en los tratamientos provoca resistencia al mismo, con las consiguientes complicaciones a los pacientes y erogación de gastos extras a este Ministerio...(E5587C8I124)

Ante las reiteradas dificultades, la Directora del Programa solicitó que se instrumente la compra del total del renglón de nelfinavir comprimidos ya que en ese momento se encontraba en stock crítico:

Cumplo en informarles que la cantidad solicitada cubre las necesidades de ese medicamento por dos meses.

(E5587C8I58)

Como respuesta, se encontró que el Ministerio repetía los procedimientos, solicitó mejora de precios nuevamente: Droguería Magna, Elea y Roche. (E5587C8I161, 162, 163, 165, 166,167)

Otra estrategia utilizada ante las numerosas dificultades fue motorizar una ampliación de la compra de un 35% en la misma licitación. Esa estrategia arrojó buena respuesta de los proveedores y se logró mantener el precio. A continuación exponemos algunos ejemplos:

Cuya cantidad a ampliar son 85995 cápsulas de Efavirenz 200 mg cápsula marca Stocrin 200 mg...renglón 024. Además Merck Sharp & Dhome (Argentina) INC sucursal argentina- ha decidido reducir el precio final de \$4,73 a \$ 4,5834 por cápsula... (E 5587C8I303)

Damos conformidad a la misma aceptando la ampliación del 35% del citado renglón, manteniendo el mismo precio...(Laboratorio Kampel Martin E5587 C8I305)

Por medio de la presente, manifestamos que estamos en condiciones de entregar la ampliación solicitada...(Laboratorio Richet E5587C8I309)

Aceptación de la ampliación en hasta un 35% de las cantidades adjudicadas en orden de compra de referencia (Laboratorio Filaxis E5587C8I310)

Productos ROCHE autoriza a Ud. Ampliar hasta un 35% del renglón 33...siendo el producto adjudicado FORTOBASE NF "Roche" Saquinavir 200 mg en cajas x 180 cáps blandas a \$2,82 cada cápsula (Laboratorio Roche E5587C8I313)

Otorgamos la pertinente autorización para ampliar el renglón 23 de la contratación directa....(Laboratorio Rontag (E5587C8I314)

Procederemos a la ampliación de un 35% de los dos renglones anteriormente adjudicados en la o/c 130/02 (Droguería Magna E5587C8I315)

Por medio de la presente Klonal SRL autoriza la ampliación hasta un 35% de la orden de compra Nro 105.. (Laboratorio Klonal E5587C8I317)

...Aceptamos la ampliación en un 35% ...en las mismas condiciones y precios pautados, de los renglones que nos fuesen adjudicados....(Laboratorio Abbott E5587C8I318)

En cuanto a los resultados de la categoría 2.4 Dificultades administrativas para cumplimentar entregas de ARV, los resultados pusieron en evidencia que no solo era complejo consensuar la compra de medicamentos sino que luego la instancia de entrega concreta de lo adquirido por parte de los proveedores también insumía tiempo y seguimiento administrativo. Lo ilustramos con el siguiente ejemplo. Luego de aceptar la ampliación del 35% el 25 de noviembre, Laboratorio Klonal inició un expediente para solicitar prórroga para cumplimentar la entrega de la orden de compra 152

Solicitamos prórroga para cumplir con la entrega del producto ciprofloxacina 500 mg comprimidos....(E 5587C8I431)

En otras ocasiones, los proveedores marcaron errores administrativos que impedían el cumplimiento de las órdenes de compra. Se evidencia un desfase en el tiempo, ya que las órdenes de compra fueron emitidas en octubre y el proveedor en diciembre decidió que existía un error:

....comunicarles nuestra absoluta imposibilidad de dar cumplimiento al renglón 3 del detalle de la orden de compra N° 172, emitida el 01/10/2003, en razón de un error vuestro que surge de las especificaciones de la misma y que son totalmente distintas al producto oportunamente acordado en la licitación a la que nuestra oferta se ajustó... devolvemos la mencionada orden de compra para su rectificación (E7970C9I324)

En relación a las dificultades para negociar con los proveedores, la ex directora del Programa Nacional ejemplificó con la compra de Kaletra ® a través de fondos de Banco Mundial:

“Banco Mundial implica pago inmediato. Abbott no nos quería vender si publicábamos el precio de venta. Yo le dije que ya estaba publicado, entonces ellos te dicen que no te entregan el

Kaletra® y entonces tenes que pagar el precio político de no tener un medicamento”

Y agregó: “Había una demanda inducida de Kaletra®”

Otros proveedores decidían retirar ofertas realizadas:

....manifestamos a ustedes en forma fehaciente nuestra voluntad de no renovar la oferta presentada para la Licitación de la referencia....Por lo expuesto solicitamos en devolución el pagaré de \$4.384,0, presentado en garantía de nuestra oferta... (Laboratorio Sandoz E7970C9I177)

Durante febrero de 2004, la Comisión de Recepción Definitiva informó al Programa Nacional la falta de cumplimiento de algunos proveedores en las entregas pactadas. Como respuesta, el Departamento de Compras solicitó un informe pormenorizado para proceder a aplicar la penalidad correspondiente.

Ante el incumplimiento de Droguería Eleon y las actuaciones llevadas a cabo por el Ministerio, el Director General de Administración consideró y dispuso:

La COMISIÓN DE RECEPCIÓN DEFINITIVA informa el incumplimiento de entrega de la mercadería adjudicada a la firma DROGUERÍA ELEON SA....

Rescindir el contrato celebrado con la firma Droguería Eleon SA mediante orden de compra N° 171/03, ascendiendo el incumplimiento a la suma total de pesos CATORCE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO CON DOS CENTAVOS... (E7970C9I 334, 335)

Los resultados del capítulo habilitan distintos aspectos para abordar la discusión: en primer lugar, el vínculo de la gestión con los laboratorios multinacionales; en segundo término, el uso de la emergencia como herramienta para gestionar, y por último la cadena de comercialización de ARV en el contexto de las crisis.

En primer lugar, los hallazgos pusieron en evidencia la puja por el poder sobre todo por parte del Estado: los gestores nacionales exigían que se cumplieran normativas, solicitaban mejoras de precios e intentaban respetar los tiempos pactados sin obtener respuestas favorables por parte de los

proveedores. Los procesos se alargaban en el tiempo, negaban la mejora de precio y un tiempo después el Estado terminaba cediendo a los requisitos de los laboratorios. Particularmente, nos referimos a los laboratorios Merck y Abbott: la directora del Programa Nacional reconoce que el uso de Kaletra se encontraba inducido y relató los abusos de poder que ejercía la multinacional.

Un informe de OXFAM mostró el manejo de Abbott con este ARV en otros países: por ejemplo, en Guatemala se vendió a 2.200 dólares, cuando el Producto Interior Bruto per capita de ese país es de 2.400 dólares. En 2007, Tailandia concedió una licencia obligatoria para Kaletra. Posteriormente, en abril de ese mismo año, la compañía bajó el precio del medicamento a 1.000 dólares, por paciente y año, en todos los países de ingresos medios. No obstante, en el mismo momento, en los países categorizados como menos adelantados, Abbott comercializaba Kaletra a 500 dólares (Oxfam, 2007). Estas acciones se enmarcan dentro de los sistemas de precios diferenciales de los laboratorios farmacéuticos. Los laboratorios tienen criterios propios para definir a quienes les hacen precios diferenciales. El criterio aplicado por Merck, por ejemplo, hace referencia a otorgar precios bajos solo a países clasificados como de bajo y medio índice de desarrollo humano, con tasas de prevalencia del VIH superiores al 1%; GlaxoSmithKline ofrece precio diferencial a todos los beneficiarios del Fondo Mundial, y Gilead estableció su propia lista de países con derecho a utilizar criterios mixtos, incluidos algunos países de ingresos medios (Silva Montaña & Tejeda Salazar, 2008).

Ante numerosas gestiones para lograr muy pocos resultados, los funcionarios nacionales buscaron atajos para conseguir acuerdos que garantizaran el acceso a los ARV. Una estrategia fue ampliar el volumen de una de las compras centralizadas gestionadas en ese momento. De esa manera, se acortaron o evitaron algunos caminos burocráticos dentro del propio Estado. Esta opción se encuentra contemplada dentro de las que algunos autores, incluso la OPS, consideran para optimizar los recursos (OPS & OMS, 2016; Tobar et al., 2012). La OPS coloca esta estrategia dentro de los mecanismos de compra eficiente, e incluye la experiencia de Fondos Rotatorios para la compra de insumos esenciales para

la Salud Pública, lo que implica compras públicas en la adquisición conjunta entre diversas naciones amparadas por un organismo internacional en representación de los países, que en la región se han llevado adelante con el apoyo de la OPS.

Otra estrategia puesta en marcha en ese período fue la negociación conjunta de precios. Una de ellas fue realizada en 2003 en Lima (Perú), donde los ministros de salud de los países de la Región Andina, junto con Argentina, México, Paraguay y Uruguay, con el apoyo de la OPS/OMS y otros organismos internacionales, acordaron con laboratorios innovadores y de genéricos reducir el precio de ARV en US\$120 millones, cifra que cubría el tratamiento de unos 150000 pacientes adicionales (Marín & Polach, 2011). En 2005, se realizó en Buenos Aires la segunda ronda de la “Negociación conjunta regional de precios de ARV”, durante la cual se logró descuentos de entre 15% y 55% por línea de tratamiento, frente a los precios en la primera ronda. En el documento que se preparó para la tercera ronda de negociaciones, los ministros de salud reconocieron el problema que generaba que los laboratorios se negaran a participar de estas instancias y, como consecuencia, a considerar precios regionales (Silva Montaña & Tejeda Salazar, 2008). Un análisis mostró que, desde el Programa Nacional, calcularon en 57% la diferencia promedio entre los precios pagados de ARV por los países participantes de las Rondas de Negociaciones Conjuntas (2003 y 2005) por los medicamentos originales y los precios ofrecidos por las compañías de genéricos para cada uno de esos mismos medicamentos (De la Puente et al., 2009).

El segundo aspecto que abordaremos en la discusión se centra en el modo en el que se utilizó la declaración de la emergencia. Parecería haber sido más fructífera hacia el interior de las estructuras de gobierno y sus burocracias que para las relaciones internacionales para obtener beneficios en las negociaciones por la adquisición de medicamentos. El marco internacional, la ley de patente del país y su decreto reglamentario hubieran servido para avalar un pedido de licencia obligatoria, sin embargo, no se explotó esa posibilidad para traducirla en beneficios para las PVVS y, en consecuencia, a la población en general. Un trabajo realizado en 2009 lo expresa claramente:

“Argentina no posee hasta el momento de experiencia en el otorgamiento de licencias obligatorias. Pese haber atravesado recientemente una de las mayores crisis económicas de su historia, con el consiguiente deterioro en los niveles de acceso de la población a los bienes y servicios de los cuales por supuesto la salud no se ha encontrado exenta”. (De la Puente et al., 2009 p.75)

Los mismos autores coinciden con lo expresado por los entrevistados, las razones por las que no se hizo uso de las licencias obligatorias responde a cuestiones estructurales. Además, en la legislación de patente no hay un concepto definido sobre cuáles son o deberían ser los motivos de emergencia sanitaria, los mismos deben ser interpretados desde una concepción amplia y con base en una mirada de salud pública.

“La determinación de qué es una emergencia nacional es facultad no reglada del Poder Ejecutivo Nacional, quien determina los motivos de la oportunidad, el mérito y la conveniencia, del dictado de la emergencia y en consecuencia, de un posible licenciamiento obligatorio, para cada caso en concreto y de acuerdo a las circunstancias particulares del mismo”. (Catalina De la Puente et al., 2009 p.81).

En este marco, no podemos dejar de comparar la capacidad de respuesta entre Brasil y Argentina ante la pandemia y la necesidad de ARV. Brasil enmarcó sus respuestas en decisiones estratégicas previas que conformaban la política de medicamentos del país: contaban con laboratorios públicos, siete de ellos con capacidad para producir antirretrovirales. Esa situación les otorgó una posición de privilegio para negociar con las multinacionales, especialmente con Abbott, Merck y Roche. En 2001, el gobierno brasileño tenía la capacidad de amenazar con la emisión de una licencia obligatoria, en caso de estancamiento de la negociación. Como resultado, se obtuvieron reducciones de precio considerables: 64,8% para Indinavir, 59% para Efavirenz, 46% para Lopinavir/ritonavir y 40% para Nelfinavir, permitiendo de ese modo, la sostenibilidad del programa nacional de sida (Velásquez et al., 2006)

En 2005, durante otra negociación con la empresa Abbott para reducir el precio del lopinavir/ritonavir, usado en la época por 17.000 personas, el gobierno brasileño dio un paso más hacia la emisión de una licencia obligatoria al declarar, mediante un decreto oficial, que el medicamento era un bien público y que la empresa tendría que ofrecer un precio más bajo. Tras meses de negociación, el Ministro de Salud hizo un acuerdo con Abbott, aceptando el precio fijo de U\$S 1.380 por paciente/año hasta 2011, sin importar el incremento de la demanda o la variación internacional de precios. Además, en el acuerdo también quedó prevista la garantía de que no sería emitida una licencia obligatoria para este medicamento. No obstante, la sociedad civil de PVVS no estuvo de acuerdo con ese arreglo, ya que ellos preferían la licencia obligatoria (Costa Chaves et al., 2008, p.177). El clima regional era óptimo para plantear la necesidad de licencias obligatorias y realizar alianzas estratégicas con Brasil para superar la crisis.

En tercer y último lugar, nuestros resultados fortalecen la idea de considerar a la cadena de comercialización como un punto que el Estado podría haber optimizado a través de sus herramientas. En la Tabla 3 se identifican doce proveedores, como droguerías, distribuidoras e importadoras de medicamentos, con una presencia sostenida en los procesos de compra, la mayoría de las cuales pertenece a la provincia de Buenos Aires. Según las disposiciones nacionales, la cadena de comercialización en Argentina incluye a droguerías y distribuidoras con normativas específicas para su funcionamiento y establece la direccionalidad que debe tener el flujo de comercialización para garantizar la trazabilidad de los medicamentos. Sin embargo, sería esperable que el Estado, al realizar compras centralizadas, adquiriera directamente a los laboratorios productores, ya sean de origen nacional o internacional, ya que así lo definen las recomendaciones de la OMS y OPS. Maceira (2015) explica que las distribuidoras han incrementado su presencia en el país y reciben entre 80-85% del flujo comercial y, en algunos casos, son estructuras montadas por los propios laboratorios de manera individual o por grupos y operan financieramente desde ellas. Estas empresas nacieron como un espacio de *front office* de algunos laboratorios localizados en el país, tanto de capital nacional como

multinacional, entre las que se destacan Rofina, Farmanet, Disprofarma, y Global Farm, con más del 50% del mercado entre ellas (Maceira, 2015).

Sería interesante profundizar en los motivos que convirtieron en inevitable la convocatoria a las cámaras de droguerías y distribuidoras en un momento de crisis y emergencia. Reducir el número de intermediarios y hacer más fluida la cadena de comercialización y los posibles problemas en la entrega de medicamentos debería haber sido uno de los objetivos. En los resultados se encuentra que se terminó desestimando la oferta de una droguería porque no llega a cumplir en tiempo y forma con lo requerido. Esas situaciones podrían haberse evitado sacando pasos administrativos, lo que hubiera redundado en mayor capacidad para el Estado y sus instituciones.

Capítulo 6 La innovación en tecnología sanitaria: una política de Estado

En América Latina, en el ámbito de la ciencia y tecnología, se han dado procesos similares en materia de economía, salud y educación. Se trasplantaron de manera acrítica y lineal modelos europeos occidentales que vinculan causalmente investigación básica, ciencia aplicada, prototipos y testeos, producción a escala y mercado como principio rector organizador de la política de ciencia y tecnología. En adelante presentamos los resultados de las siguientes categorías de nuestra investigación: 2.5 La nacionalidad de las casas matrices de los laboratorios y su vínculo con el Estado y 2.6 La producción pública de ARV.

Thomas & Dagnino (2005) sostienen que la institucionalización de la ciencia isomórfica en los países menos desarrollados es reproducida mediante la creencia en la universalidad de la ciencia y su necesidad para la modernización. Tanto en países desarrollados como menos desarrollados, las élites científicas y tecnocráticas construyeron esta orientación. En este capítulo adherimos al posicionamiento teórico del grupo de trabajo del Instituto de Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología de la Universidad Nacional de Quilmes; cuyos investigadores e investigadoras consideran que las políticas públicas de ciencia, tecnología e innovación se han mostrado crecientemente inadecuadas para responder a los desafíos del desarrollo socioeconómico y a los procesos de democratización regionales. La ciencia y la tecnología de la región adolecen de dos debilidades principalmente: en primer lugar, su escasa magnitud si se las compara con los países desarrollados, resultado de la pobre asignación de recursos en función del producto bruto interno y en segundo lugar, su desvinculación con la sociedad a la que pertenecen (Vaccarezza, 2011).

“El proceso de desarrollo socio-económico que tuvo lugar en los países latinoamericanos parece haber inhibido el establecimiento y densificación del ‘tejido de relaciones’ local. La escasa contribución social de los conocimientos científicos y tecnológicos localmente generados puede ser explicada por la inadecuada relación entre la comunidad de investigación, el

estado y la sociedad en general en el ámbito del tejido de relaciones”. (Thomas & Dagnino, 2005, p.30)

Los autores aseguran que, en la actualidad, el objetivo de las políticas e instrumentos de CyT ha girado hacia la integración competitiva en los mercados globalizados (Thomas & Dagnino, 2005). En América Latina, el vínculo universidad-empresa se da de modo diferente al de los países desarrollados: la mayoría de las empresas no tienen departamentos de investigación y desarrollo local, sino que esa arista es explotada fuera de los países de la región y luego es incorporada. Hubo un viraje desde lo conceptual: se pasó de un pensamiento setentista, que ponía el énfasis en el desarrollo tecnológico como objeto de la política (a partir de prioridades estatales justificadas en proyectos nacionales), a una propuesta contemporánea que acentúa la capacidad de innovación de los actores particulares.

Esas modificaciones se plasman en los conceptos y los modos de considerar las políticas públicas en cuestión. Se pasó de un concepto de Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología (que implicaba el recuento de los recursos institucionales, humanos, sociales y económicos para la producción de conocimientos) a un Sistema Nacional de Innovación (que involucra una red de relaciones de actores y de funciones entrelazadas en procesos de comunicación de demandas y ofertas, de capacidades complementarias y de intereses diferenciados pero articulables). La cuestión de la competitividad pareciera conducir el cambio de perspectiva de una política de CyT a una política de Innovación: el mercado es considerado como criterio básico para la definición de necesidades y prioridades. La empresa pasa a ser el centro del nuevo esquema de organización emergente (Thomas & Dagnino, 2005; Vaccarezza, 2011).

Respecto a la conformación del tejido de relaciones, se considera que allí interactúan distintos actores: la sociedad, el Estado y la comunidad de investigación. Thomas (2005) entiende que al interior de ese tejido se genera un interjuego socio-institucional, en el que se difunden valores al tiempo que se establecen prioridades de investigación:

“En el complejo accionar de este ‘tejido de relaciones’ se van entretejiendo las medidas políticas y la asignación de los recursos

que promueven la exploración de estos ‘campos de relevancia’. Las tendencias de investigación, el peso y la dinámica relativos de las áreas de conocimiento, las normas y sesgos de la asignación de recursos y los criterios de ‘calidad’ en instancias de evaluación por pares (peer review), o por agencias, son un resultado retroalimentado de este proceso”. (Thomas & Dagnino, 2005, p.28)

Desde el punto de vista del constructivismo social de la tecnología, el desarrollo de las tecnologías y las sociedades es el resultado de un proceso de co-construcción, en el cual en el mismo acto se diseñan y aplican socialmente las tecnologías, y se construyen tecnológicamente órdenes jurídico-políticos, organizaciones sociales y formas de producción de bienes y servicios (Thomas, 2013). El posicionamiento teórico adoptado nos habilita a considerar que los bienes de consumo y capital son artefactos, los procesos son las técnicas de producción y las formas de organización social son la empresa, el mercado y el Estado (Thomas et al., 2019). De este modo, los autores aseguran que las tecnologías son situadas e implica que:

“un artefacto puede ser una mercancía o un bien social; un proceso puede ser una metodología productiva o una forma de aprendizaje; y una tecnología de organización puede ser una empresa privada, una cooperativa de trabajo, una feria de economía social o una estructura militar (entre muchas otras posibilidades). Solo para dar un ejemplo: un “mismo” artefacto, un comprimido de Ibuprofeno 400, es una mercancía para el laboratorio privado (y la red de farmacias y médicos que los recetan) y es un bien social para los laboratorios públicos productores de medicamentos (y la red de hospitales públicos que los ofrecen de manera gratuita)”. (Thomas et al., 2019, p.134).

Mediante un ejemplo, los autores logran mostrar que las tecnologías incluyen a los artefactos, los procesos y las formas de organización que se encuentran en configuraciones socio-técnicas. Así, los abordajes desde los que se nutren los referentes teóricos que se citan consideran a las relaciones socio-técnicas como “tejido sin costuras”. Desde allí, sostienen que el tejido de una sociedad moderna no está hecho de distintas piezas científicas,

económicas, tecnológicas o sociales. Esos “dobletes” pueden ser vistos como visiones parciales, sesgadas, de los actores o construcciones “disciplinarias” de los analistas (Thomas et al., 2019).

En los países desarrollados, con sistemas nacionales de innovación dinámicos y densos, el tejido incluye a diversos actores: las empresas innovadoras, la burocracia del propio Estado, la comunidad científica; esos actores demandan conocimiento y utilización los resultados de la investigación. Ese tejido de relaciones asegura la utilidad y aplicabilidad de los resultados; además, es el responsable de definir los campos de relevancia para la investigación y establecer los criterios de calidad para su evaluación. Ese conjunto de acciones por lo general pasa desapercibido para los actores de ese tejido y es considerado un resultado natural y lógico de la actividad científica (Dagnino & Thomas, 1999).

Un informe, realizado en 2002 por el Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas, caracterizó al Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación argentino (SNCTI): se consideró impropio denominarlo como sistema ya que, si bien el país contaba en ese momento con un número importante de instituciones dedicadas a la investigación científica y tecnológica, existía una serie de dificultades que se arrastraban hacía décadas. En los últimos doce años, la generación de conocimientos y tecnologías propias fue inhibida por la importación de bienes de capital (Forciniti, 2002). Los principales problemas detectados por el estudio fueron: 1-deterioro de la capacidad científico-tecnológica, 2- debilidades en el campo de la innovación tecnológica, 3-escasa inversión pública y privada en ciencia y tecnología, 4-deficiencias institucionales y culturales, 5-deficiencias en el ámbito federal, 6- insuficiente inserción internacional del SNCTI.

Nos interesa especialmente el tercer punto: las debilidades en el campo de la innovación tecnológica. El autor utilizó como herramienta el “Triángulo de Sábato”⁹ que se muestra la interrelación de distintos ámbitos: el Estado, las instituciones de ciencia y tecnología, y el sector productivo, cada uno de ellos ocupando un vértice. El Estado estimula y financia la

⁹ concepto atribuido al físico y tecnólogo argentino Jorge Sábato (1924-1984)

investigación científica y tecnológica, las instituciones de ciencia y tecnología realizan investigación y aportan nuevos conocimientos, y el sector productivo aprovecha esos conocimientos para desarrollar más exitosamente sus planes de negocios y paga los correspondientes impuestos al Estado, el cual luego destinará nuevos fondos para financiar nuevas investigaciones, cerrando así un ciclo virtuoso (Forciniti, 2002). El triángulo de Sábato, o tejido de relaciones (como lo denominan los autores antes nombrados), nos permite identificar y analizar el rol de los distintos actores en los diferentes contextos. En Argentina, sobre finales de la década del 90, se encontró que de las treinta principales empresas productoras de bienes y servicios, apenas cinco eran de capital nacional:

“Este hecho posee más relevancia de la que se le adjudica. Las empresas multinacionales por lo general realizan compras a proveedores radicados en su metrópoli, traen sus propios cuadros gerenciales, perfeccionan a sus profesionales en instituciones radicadas junto a sus casas matrices y realizan escasas tareas de difusión tecnológica en los países donde operan”.(Forciniti, 2002, p.22)

La situación descrita justifica que algunos autores prefieran denominar “complejo”, en lugar de “Sistema”, al SNCTI argentino, justamente para marcar la desarticulación de las acciones. La investigación y el desarrollo se concentran en instituciones públicas que constituyen el Complejo Científico Tecnológico, que carece de mecanismos de coordinación y articulación institucional, lo que da como resultado susperposiciones y desconocimiento de líneas de trabajo de otros grupos de investigación (Abrutzky et al., 2017).

El principal organismo ejecutor de investigaciones, científicas y tecnológicas del Ministerio de Salud es la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbrán (ANLIS). Otros organismos son el Centro de Investigaciones Neurobiológicas, el Servicio Nacional de Chagas, el Centro Nacional de Reeducción Social, el Instituto Nacional de Medicamentos, la ANMAT y el Hospital de Pediatría “Prof. Dr. J. P. Garrahan” (Forciniti, 2002).

Desde el bagaje teórico de la ciencia y tecnología, los medicamentos son artefactos y, si son elaborados en unidades productoras del propio Estado, para luego ser dispensados a los ciudadanos en los distintos efectores públicos de salud, son bienes sociales. El concepto de laboratorio público o producción pública de medicamentos es reconocido como una de las herramientas de intervención del Estado para garantizar el derecho a la salud. Especialmente, si se tiene en cuenta que es el propio Estado quien regula a través de la ANMAT, complementariamente será el Estado quien defina estrategias de financiamiento, ya sea por adquisición de medicamentos para ser usados en el subsector público (hospitales y centros de salud), como por subsidios a través de programas que incluyan distribución de medicamentos en las distintas jurisdicciones y gestiones de descuento en farmacias a usuarios de programa sociales (beneficiarios del PAMI adquiriendo medicamentos en farmacias).

En este marco, los autores proponen la participación de la producción pública como un escenario complementario, operando en el sector productor de estos insumos (Abrutzky et al., 2017; Bramuglia, Godio, & Abrutzky, 2012; Maceira et al., 2010). La mayor parte de los laboratorios de producción pública de Argentina dependen de organismos como universidades u hospitales, y para poder distribuir su producción en el ámbito nacional necesitan de la habilitación de la ANMAT. Un grupo de investigadoras sostiene que estos espacios tienen estructura propia, y que solo en algunos casos existen indicios de organización industrial más moderna, por ejemplo, la existencia de departamentos de I+D. Los laboratorios habilitados por ANMAT como laboratorios federales no llegan al 10% en el país (Abrutzky et al., 2017; Bramuglia, Godio, & Abrutzky, 2012). Sin embargo, en conjunto tienen la capacidad para fabricar ocho de cada diez de los medicamentos que integran el listado de medicamentos esenciales de la OMS. Una decena de laboratorios obtuvo la habilitación de la ANMAT para algunos de los productos que elaboran, lo que posibilita su distribución en todo el territorio del país. En la actualidad existen 39 laboratorios públicos y seis farmacias hospitalarias, que producen más de 350 principios activos. No obstante, ninguno de ellos produce antirretrovirales. En general, todas las farmacias hospitalarias producen

fundamentalmente medicamentos magistrales para el consumo de pacientes de sus hospitales. Los laboratorios son estatales, ya sea de jurisdicción nacional, provincial, municipal, universitaria o de las Fuerzas Armadas, aunque la minoría actúa como empresa del tipo Sociedad del Estado. Solamente el laboratorio de las Fuerzas Armadas está dentro de la órbita del gobierno nacional, lo que evidencia la fragmentación del segmento (Abrutzky et al., 2017).

Los centros de producción pública de medicamentos son dispares en cuanto a escalas de producción y tecnología utilizada, aunque cada uno mantiene una orientación determinada. La estimación de la demanda potencial de los medicamentos que producen los laboratorios públicos tiene que ver con su ámbito de distribución y no de la habilitación del ANMAT; sin embargo, los períodos de gestión de las habilitaciones son inciertos y complejos, lo que limita la certeza de los laboratorios para estimar su producción en un período determinado. Solo algunos laboratorios son desprendimientos de las instituciones de Ciencia y Técnica (Bramuglia, Abrutzky, et al., 2012).

La emergencia sanitaria declarada en el año 2002 puso a prueba la centralidad del Estado. Se implementaron algunas medidas para facilitar el acceso a los medicamentos que ya fueron nombradas en la primera parte de la tesis y que aquí retomamos para completar la perspectiva. Los pilares fundamentales de estas políticas fueron la Ley N° 25649 de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y su decreto reglamentario, el Plan Remediar + Redes y el Plan Médico Obligatorio de Emergencia (PMOe). Sin embargo, a primera vista, la producción pública de medicamentos no estuvo en la lista de acciones impulsadas por el Estado para facilitar el acceso a los medicamentos.

El trabajo de Guillermo Santos (2017) permitió considerar a las alianzas técnico estratégicas que impulsaron o restringieron la producción pública en el período 2002-2007. La puesta en marcha del Programa Remediar para la provisión gratuita de medicamentos esenciales para el primer nivel de atención requirió que se pusieran en funcionamiento mecanismos para compras centralizadas de medicamentos por parte del

Estado nacional, y el armado de distintos tipos de botiquines que llegaban directamente a los centros de salud de todo el país.

“En ese marco la producción pública de medicamentos estuvo débilmente representada en el contenido general de las políticas del Ministerio entre los años 2002 y 2007. Para las autoridades del Ministerio de Salud, la producción pública de medicamentos podía constituir una respuesta al desabastecimiento de medicamentos en los hospitales públicos como consecuencia de la crisis económica y sanitaria que impactó de forma crítica sobre la Argentina en los años 2001 y 2002. Sin embargo, los establecimientos públicos existentes producían presionados por las necesidades coyunturales y, según el Ministerio de Salud de la Nación, producían más de 40 remedios en los mismos equipos, en cantidades siempre insuficientes y con escasa o nula especialización”. (Santos, 2017, p.38)

Según Santos (2017), la producción pública de medicamentos fue incentivada y estimulada en el período por pocos actores vinculados a un solo sector: investigadores y decisores de las universidades nacionales e instituciones científicas y tecnológicas del propio Estado; quienes desde la movilización y el debate se propusieron instalar la producción pública de medicamentos como una solución real y posible a los problemas identificados por el Estado Nacional, en relación al acceso de la población a medicamentos y al desarrollo de la industria farmacéutica pública como área de desarrollo estratégico del Estado. Hasta el año 2007, las licitaciones del Ministerio de Salud para proveer al Plan Remediar incluían solamente a laboratorios privados. De este modo, la política de abaratamiento de los precios de los fármacos incluyó acuerdos de precios con las cámaras farmacéuticas.

En Argentina, en el período 2002-2012, la industria farmacéutica privada también registró modificaciones en su composición y funcionamiento. El equipo de investigación de Bramuglia, Godio, & Abrutzky (2013) encontró que se dieron fusiones empresarias como resultado de cambios de estrategia de casas matrices extranjeras y se trasladaron filiales de empresas de Argentina hacia otros países. Eso podría

explicarse con la aparición de nuevas empresas como resultado del impulso estatal de Programas de I+D, de promoción a la biotecnología, y por adquisiciones de empresas nacionales compradas por transnacionales. Por otro lado, las autoras reconocen dinamismo al interior de la industria, con matices muy diversos: por ejemplo, firmas nacionales que adquirieron patentes y plantas de producción de empresas transnacionales, además de acuerdos de I+D para la producción de genéricos.

Sin embargo, el punto clave que destacan las investigadoras es que el perfil de desarrollo de la industria farmacéutica privada nacional es perjudicial para el país porque se producen fármacos importando las drogas activas de las casas matrices por las que se pagan precios de transferencia, que no reflejan los verdaderos costos de producción. Las empresas locales que utilizan patentes extranjeras pagan regalías, lo cual perjudica la balanza de pagos del país y fundamentalmente evita que el conocimiento científico y tecnológico constituya parte del patrimonio del Estado y del conjunto de la sociedad (Bramuglia et al., 2013, p.166).

Al igual que en el capítulo anterior, en los expedientes analizados no se encontraron registros en cuanto a intención de producción pública de ARV que los laboratorios existentes en el año 2002 en el país. Esa fue una de las preguntas para las personas entrevistadas. La asesora económica del Ministerio de Salud respondió al respecto:

“En primer lugar, en Argentina no existen laboratorios públicos que cuenten con Buenas Prácticas de manufactura aprobadas por ANMAT y que además posean la tecnología necesaria para poder hacerlo. Adicionalmente la existencia de patentes para este tipo de medicamentos ha impedido también que se desarrolle la competencia. Hubo un intento de avanzar en la creación de una empresa binacional Argentina Brasileña, en la que se avanzó en la definición de cuáles deberían ser los medicamentos que deberían producir, entre lo que se incluían algunos ARV, pero que nunca pudo concretarse básicamente por cuestiones legales, administrativas y de implementación práctica”.

“Los laboratorios de producción pública en Argentina, aún en la actualidad no han orientado su producción a productos

estratégicos. Básicamente producen medicamentos para los que existe una razonable oferta privada. Asimismo, son muy pocos los que cuentan con aprobación de ANMAT y no cuentan con tecnología de avanzada salvo en algunos pocos casos”.

El ex Ministro de Salud fue contundente al respecto:

“No había infraestructura pública para producir, tuve una gran frustración”

En cambio, el ex jefe de Programa de CABA y la ex directora del Programa Nacional recuerdan que hubo algunos movimientos al respecto:

“Fueron tres o cuatro meses muy complicados, compramos medicamentos, hicimos estudio de costos porque queríamos producir” (CB)

“se pensó en fabricar jarabe por ejemplo de AZT, se habló con Mato del Garrahan”(GH)

Sin embargo, la mirada del referente de las PVVS en relación a la posibilidad de producción ARV por parte del Estado fue alentadora:

“Si hay compromiso serio de todas las partes nadie dudaría”

“En Argentina hay capacidad pero no hay decisión política, se empieza a hablar y después queda en la nada”

Ante la misma pregunta, las técnicas de la ANMAT corrieron el foco y emergió otra arista del dilema de la producción pública: la fuerte presencia que tiene en Argentina la industria farmacéutica nacional de capitales privados. Consideraron que la influencia de la industria nacional privada no posibilitó, ni siquiera en un momento de crisis, que se fortaleciera la producción pública. Así describieron cuál fue el movimiento político:

“La movida de Ginés fue con los genéricos, no con la producción pública. Las disposiciones (de la ANMAT) fueron hechas por la industria, los becarios son pagados por la industria”

“Chiale (interventor de la ANMAT) es pedido por la industria, hay acuerdos con las cámaras”

El proyecto de producción pública binacional, Argentina- Brasil, fue nombrado por el ex Ministro de Salud como una utopía, un anhelo que quedó trunco. Según él, el escollo era la diferencia de los países en el vínculo con las empresas multinacionales, a su política exterior:

“Gran proyecto con Brasil: yo quería hacer una productora pública para los dos países, el modelo de empresa era como Salto Grande y Yacyretá, di muchas vueltas, eran tantas las dificultades que no se pudo”

“Intenté hasta el final, nunca hubo un no, a Lula le gustó, le gustó la idea pero no llegamos nunca a concretarlo. Brasil negocio distinto a nosotros, tiene otras relaciones con multinacionales, les exigía tener plata en Brasil”

No obstante, recordó las negociaciones conjuntas de precios:

“Negociamos juntos precios, como un precio estabilizado con los volúmenes y tiempos de pago de cada país”.

En cuanto a la inserción de la ANMAT en el Ministerio de Salud, el ex ministro aseguró que todos formaban parte de las decisiones que se tomaban en ese momento.

Respecto al vínculo entre las autoridades de la ANMAT, como parte del Ministerio de Salud de la Nación, con los referentes de la industria farmacéutica nacional privada, el ex ministro intentó explicarlo de manera cuidadosa, haciendo hincapié en las fortalezas de la industria privada nacional y la necesidad de cuidarla:

“Con la industria, (ANMAT) tiene, no sé si tiene relación inmoral. Yo no era idiota, tenemos una industria local única, no puedo hacer una política que destruya la industria local. Alemania, Japón y EEUU, el cuarto (país) somos nosotros, la industria local supera la multi, la internacional juega con patentes, no me ensañaba con la local, no le hacía la guerra”

El asesor de ONUSIDA sostuvo que el gobierno argentino apoyaba a la industria farmacéutica privada nacional:

“Argentina tenía producción nacional privada. El gobierno tenía interés de fortalecerla. La relación con multinacionales es en off, no es lo mejor para el país”

Los registros de los expedientes mostraron los vínculos de los representantes del Estado con los laboratorios nacionales y multinacionales. En la Tabla 4 se observa la fuerte presencia de los laboratorios farmacéuticos nacionales en los cuatro procesos de compra analizados: de

los 33 laboratorios proveedores, 23 pertenecen a capitales nacionales, y encontramos que siete de ellos tienen una presencia muy importante, se presentaron a por lo menos tres de las cuatro compras: Elea, Dosa, Filaxis, Kampel Marti, Medipharma, Klonal y Richet. En cuanto a las multinacionales, Abbott, Boehringer, Bristol, Glaxo y Merck son las cinco de las diez empresas más presentes en los procesos. Todas esas empresas tenían productos con goce de patentes.

Los laboratorios nacionales reclamaban a las estructuras del Estado contar con las exigencias administrativas para ser considerados proveedores. Así el laboratorio DOSA se comunica con el INAME por su producto Lamivudina Zidovudina DOSA:

....informar que Laboratorio DOSA S.A, ha cumplimentado con la Disposición 6897/00 la misma se ha realizado el día 20/09/01, para nuestro producto Lamivudina- Zidovudina DOSA, cumpliendo satisfactoriamente con el peritaje técnico según el acta redactada. Motivo por el cual solicito la disposición habilitante para dicho producto [...](E1350C3I100).

El Laboratorio Merck Sharp inició un expediente el 12 de abril de 2002, en la carátula se explicitaba “impugnación parcial al dictamen 11”. El reclamo se basaba en el incumplimiento por parte del Estado de los requisitos establecidos en el Pliego:

Nos llama la atención que el Dictamen de evaluación número 11 se adjudique el (Efavirenz) a Droguería Magna sin cumplir los requisitos del pliego es decir en forma previa es decir en forma previa a la ANMAT la información sobre el cumplimiento de la Disposición 3111/2001.

Aquí cabe aclarar que Merck es quien patentó Stocrin®, nombre de fantasía del antirretroviral Efavirenz y Droguería Magna presenta Efavirenz copia y no contaba con ensayos de bioequivalencia y biodisponibilidad según lo exigían las autoridades.

En tal sentido, hemos tomado vista del expediente y no hemos encontrado con que dicha información fuera pedida, ni que fuera enviada por la ANMAT, no podemos menos que impugnar en

forma parcial el Dictamen N° 11 que hace al renglón N° 35, por no haberse cumplido con el requisito establecido en el pliego respecto al cumplimiento de la Disposición N°3311/2001 y no haberse exigido los controles de calidad que esa norma implementa. Por lo expuesto, solicitamos al Ministerio que: [...] se cumpla con la obligación emergente relacionada con la calidad de los productos en ensayos de bioequivalencia y biodisponibilidad en particular[...] se deje sin efecto la preadjudicación efectuada en el renglón N°35[...] (E1350C6I120).

Ante esa situación, el Ministerio respondió que ANMAT había dispuesto la extensión de los plazos para cumplimentar los ensayos y sostuvo la adjudicación a Droguería Magna.

Exponemos otros ejemplos que mostraron un manejo dispar por parte del Estado y de los proveedores en cuanto a solicitudes de mejoras de precio. Desde la Dirección de Compras solicitaron a Laboratorio Northia una mejora en los precios ofertados. Northia aceptó mejorar el precio. Del mismo modo lo hizo Laboratorio Kampel Martian y fue aceptado:

sobre el particular se lleva a su conocimiento que en el/los renglón/es que se indica al pie de la presente, los precios ofertados por esa Empresa son más elevados que los precios elaborados por la SIGEN, por lo que se solicita efectuar una mejora de los precios ofertados.... (E10351C 7I142) (E10351C7I 148,149).

En cambio, Laboratorio Abbott no aceptó mejorar los precios de sus productos (bajo patente):

Por medio de la presente informamos que no es posible realizar una mejora de los precios solicitada por Uds. Los precios cotizados por los renglones 6 y 7 ya incluyen descuentos del 7% y 23% respectivamente, con relación a los precios de lista vigentes [...] A fin de ampliar la información, comentamos que la revisión de las cotizaciones presentadas durante el último año surge un precio muy superior al reportado por la SIGEN... (E10351C7I147).

Lo expresado en este capítulo permite discutir acerca de la centralidad del Estado en políticas públicas de medicamentos, específicamente. Un informe del Ministerio de Salud de 2003, redactado por una de las entrevistadas durante la investigación, mostraba parte de lo que explicitó el ex ministro de salud en la entrevista:

“Durante el año 2002, el mercado farmacéutico argentino ha tenido una caída en sus ventas de un 64%, la caída más abrupta de la década producto de la devaluación de la moneda local a fines del 2001. La industria farmacéutica argentina posee un alto porcentaje de firmas nacionales que ofertan casi solamente en el mercado local y poseen aproximadamente un 52% del mercado interno. Esta situación es muy atípica, y sólo se reproduce en los países que poseen las grandes empresas de producción mundial como Estados Unidos, Japón y Alemania”(Tarragona & De la Puente, 2003, p.5)

El análisis que hicieron las autoras mostraba los beneficios que trajo todo el paquete de medidas que se tomaron en relación a la política de medicamentos: la ley de promoción de la prescripción por nombre genérico o denominación común internacional y el Programa Remediar + Redes, ambas decisiones reactivaron la industria farmacéutica nacional privada. Además, saldaron una cuenta pendiente con la ciudadanía argentina: la ley de prescripción por nombre genérico claramente benefició el acceso a medicamentos esenciales de todos los subsectores del sistema de salud, siendo los más satisfechos los pacientes de obras sociales en relación al ahorro que les proporcionó la adquisición de fármacos por DCI (Salamano, 2007).

Por su parte, el Programa Remediar generó una descentralización de la demanda al primer nivel de atención e implicó que, en el año 2005, 15 millones de personas recibieran en los centros de salud medicamentos gratuitos, que cubrieron el 80% de las consultas realizadas (Becerra & Santos, 2015). La descentralización y el fortalecimiento del primer nivel de atención con acceso a servicios de salud y medicamentos esenciales es sin dudas un resultado muy positivo para toda la ciudadanía.

El informe del Ministerio del año 2003 termina con la propuesta de un listado de líneas de acción para el futuro, en el que se destaca el punto 12, que insta a *la instrumentación de estrategias de negociación conjunta para la compra de medicamentos de enfermedades huérfanas o alto componente público en la financiación* y coloca como ejemplo a los antirretrovirales. Esa inquietud fue encaminada por la misma gestión durante los años posteriores, participando de las negociaciones conjuntas de 2003 y 2005. No obstante, es llamativo que en ninguna de las catorce acciones propuestas se haya tenido en cuenta la necesidad de fortalecer la producción pública de medicamentos.

Tanto la prescripción de medicamentos por su nombre genérico como la política de compras centralizadas de medicamentos brindaron a la industria privada un lugar relevante como proveedor del Estado, en detrimento del crecimiento de la industria pública de medicamentos. La decisión del Estado argentino de apoyar a la industria farmacéutica privada nacional no debería haber inhibido la posibilidad de contar con estrategias claras y sostenidas de producción pública de medicamentos esenciales.

Según el aporte de Santos (2017), la política de medicamentos del período tuvo un carácter fundamentalmente distributivo y focalizado en torno a la compra de medicamentos por parte del Estado. La política de medicamentos de ese momento tampoco contempló como prioritarias dinámicas de investigación y desarrollo que permitieran producir localmente principios activos, y otorgó a la industria farmacéutica privada nacional una importancia relativa en el funcionamiento y sostenimiento de las medidas implementadas.

Sostenemos que existen vasos comunicantes entre el Programa Remediar, la promoción de la ley de prescripción por nombre genérico y el Programa Nacional de VIH/sida. Los laboratorios productores nacionales abastecen a uno y otro programa, y además a las farmacias comunitarias con medicamentos copia para satisfacer la demanda de medicamentos más económicos. Así, el Estado usó todo su arsenal para apoyar a esas industrias.

Recién en 2007 se impulsó la producción estatal de medicamentos, con la creación de la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP) de Producción de Medicamentos, como resultado de un acuerdo del Programa

Especial de Salud de la Dirección Nacional de Programas y Proyectos Especiales – DNPyPE-. En 2008, se creó el Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos, y la aprobación de la Ley 26.688/ 2011 de Investigación y Producción Pública de Medicamentos como bienes sociales con el propósito de proveer medicamentos a los Programas nacionales y propender la investigación y el desarrollo de nuevos productos. (Abrutzky et al., 2017; Santos, 2017).

Es interesante resaltar quiénes son los que conforman el RELAP como nuevo actor colectivo: veintitres laboratorios industriales y hospitalarios de las provincias de San Luis, Buenos Aires, La Pampa, Formosa, Córdoba, Río Negro, Santa Fe, Misiones, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Chaco. Suscribió también la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el Acta de Constitución de la Red fue refrendada por autoridades de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECyT), el Instituto de Tecnología Industrial (INTI), y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Sin embargo, la ANMAT continuó siendo un obstáculo para lograr la habilitación de los laboratorios públicos, teniendo en cuenta la heterogeneidad de presupuestos y normativas jurisdiccionales de las distintas provincias. El hecho de no contar con habilitación limitaba el tránsito interprovincial de medicamentos producidos y por lo tanto su distribución.

La ley n° 26.688, si bien otorgaba un marco normativo importante a la producción pública, declarándola de interés nacional, fue reglamentada recién en 2014. En 2015, se creó la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) autárquico dependiente directamente del Ministerio de Salud de la Nación garantizar el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley 26.688 y su reglamentación; diseñar las políticas públicas de investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos y su distribución en el sistema de salud y definir prioridades en líneas estratégicas de producción, así como brindar asistencia técnica y gestionar convenios para la formación y capacitación de los recursos humanos en los laboratorios estatales;

coordinación en el marco COFESA, las políticas públicas nacionales y provinciales destinadas a los laboratorios de producción pública; articulación entre laboratorios de producción pública y universidades u otras entidades estatales que se ocupen del control de calidad y distribución al sistema público de salud de los medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos; se previó que promovería inversiones el mejoramiento, ampliación y modernización de los laboratorios.

“Este organismo se diseñó como herramienta para monitorear el cumplimiento del marco regulatorio entre la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías — ANMAT— y los laboratorios de producción pública y como organismo articulador entre los laboratorios estatales, organismos públicos y centros estatales de salud para compatibilizar la oferta de medicinas y vacunas con las necesidades de medicamentos de la población” (Abrutzky et al., 2017 p.82)

En el año 2018, la ANLAP firmó dos acuerdos fundamentales para proveer de medicamentos a través de la Red Nacional de Laboratorios Públicos, con PAMI y otro con la Cámara que nuclea a las obras sociales, para que puedan acceder a la producción pública de medicamentos (Abrutzky, Bramuglia, & Godio, 2019).

Aunque es muy reciente la implementación de estas políticas, se evidencia una necesidad de más Estado, más burocracia para controlar a otra entidad del propio Estado, la ANMAT aparece como un organismo tan autónomo que termina desviando la misión y visión que debería tener para garantizar el derecho a la salud.

Parte 3 Derecho a la Salud y visibilidad del VIH/sida: el rol de la sociedad civil

El desarrollo de la tercera parte de la tesis se sostiene en uno de los supuestos de la investigación: las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH habrían logrado ser parte de la agenda de gobierno porque habrían contado con recursos que les permitieron denunciar lo que para ellos no se estaba haciendo correctamente y reclamar el derecho a la salud. En este marco surge el interrogante: ¿cómo se construyó la legitimidad de las organizaciones de la sociedad civil en VIH/sida en relación a las políticas públicas?.

Abordaremos la producción de algunos autores para analizar el anclaje de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH/sida y sus transformaciones en función del contexto nacional e internacional.

Los movimientos de Personas Viviendo con VIH/sida (PVVS) lograron colocar en el campo de los derechos y la ciudadanía un problema de salud que fue estigmatizado por gran parte de la población. La temprana existencia de la legislación en Argentina responde en gran medida al surgimiento de las organizaciones de la sociedad civil, quienes actúan como grupo de presión y colocan en la esfera pública cuestiones de alta significación social que hacen, directa o indirectamente, a la calidad de vida, a la ampliación del espacio de los derechos de la ciudadanía y a la dignidad de las personas, en relación con temática de género, edad, situación social, salud, educación, empleo, sexualidad, justicia, seguridad, entre otros (Biagini, 2004). Desde la perspectiva de Heller (1996), se puede sostener que la sociedad civil demanda necesidades y objetos de satisfacción pero no es ella la que reasigna los objetos de satisfacción sino el Estado; las PVVS trabajaron en ese sentido.

Según explica Nogueira (2003, p.4) las sociedades de hoy son complejas y diversificadas. En ellas, la organización de los intereses se reforzó, el asociativismo se expandió y adquirió nuevas formas, el mercado ganó más espacio y el Estado retrocedió. Estos movimientos generan una tercera esfera que muchas veces se posiciona entre el Estado y el mercado, en general desvinculada de partidos políticos, reglas institucionales y

compromisos formales. Así, la expresión de sociedad civil queda ligada a la tercera esfera, parecería que ese es lugar para la lucha por los derechos, la constitución de una esfera pública no integrada a lo estatal (no-estatal) y asentada en el libre asociacionismo de los ciudadanos. La sociedad civil es configurada como una arena donde se manifiestan los intereses, donde se descubrirían nuevas virtudes gerenciales, se afirmaría la autonomía social y donde los actores, por medio de relaciones dialógicas, comunicativas, crearían las conexiones de la convivencia democrática. Nogueira (2003) asegura que la sociedad civil sirve para que se haga oposición al capitalismo y para que se delinee estrategias de convivencia con el mercado, para que se propongan programas democráticos radicales y para que se legitimen propuestas de reforma gerencial en el campo de las políticas públicas.

En relación al para qué de la sociedad civil, Cohen & Arato (2001, p.8) la consideran “como una esfera de interacción social entre la economía y el Estado, compuesta ante todo de la esfera íntima (en especial la familia), la esfera de las asociaciones (en especial las asociaciones voluntarias), los movimientos sociales y las formas de comunicación pública”. La sociedad civil moderna se crea por medio de formas de autoconstitución y automovilización. Se institucionaliza y se generaliza mediante leyes y derechos que estabilizan la diferenciación social. Heller (1996, p.102) asegura que “el derecho a algo” es la autorización legal para tener una necesidad de ese tipo. Los derechos reconocen las necesidades, pero no pueden garantizar su satisfacción porque en general hay demandas en conflicto acerca de recursos escasamente disponibles. El papel político de la sociedad civil está relacionado con la generación de influencia y mediaciones. Aquí entran en juego las mediaciones de la sociedad política, el Estado y el mercado. El concepto de Cohen y Arato (2001) de sociedades económicas y políticas hace referencia a esferas mediadoras, a través de las cuales la sociedad civil logra influir sobre los procesos político-administrativos y económicos. Cuando estas mediaciones fracasan surgen relaciones antagónicas entre los actores de la sociedad civil y la economía o el Estado. Esas relaciones antagónicas también se pueden dar cuando las instituciones de las sociedades económicas y políticas aíslan el proceso de

toma de decisión y a quienes deciden de la influencia de las organizaciones y de las formas de discusión pública.

Garretón (2001) también aborda la definición de movimiento social y lo reconoce como acciones colectivas con alguna estabilidad en el tiempo y algún nivel de organización, orientadas al cambio o conservación de la sociedad o de alguna esfera de ella. Según el autor, la idea de movimiento social tiende a oscilar entre dos polos teóricos, uno es la visión de una acción colectiva que responde a tensiones o contradicciones específicas y que se orienta a resolver esa contradicción específica. El otro es la visión del movimiento social como portador de un sentido de la historia y la encarnación y agente fundamental del cambio social. Son actores concretos que se mueven en los campos, organizacional o institucional, orientados hacia metas específicas y con relaciones problemáticas, que se definen en cada sociedad y momento.

En correlación, Abramovich (2007, p.10) plantea, desde la teoría de la democracia, el vínculo entre el acceso a la justicia y la posibilidad de acción de ciertos colectivos en la esfera política: el acceso a la jurisdicción es una de las libertades políticas consecuencia del régimen democrático. El autor sostiene que sin la posibilidad de acudir a los tribunales como un ámbito de resguardo institucional de última instancia, el reconocimiento de aquellas libertades políticas sería solo formal e ilusorio, de allí la estrecha relación entre el acceso –al menos potencial– a los tribunales y capacidad de acción en la esfera política. Este vínculo se define a partir de una mirada instrumental del derecho a la jurisdicción como una garantía indispensable para el ejercicio efectivo de los demás derechos políticos y civiles que conllevan una indiscutible dimensión política (información, participación, petición, asociación, libertades sindicales, entre otras). El acceso a la jurisdicción actúa de ese modo como un mecanismo de participación en la esfera política, que reemplaza o complementa el deterioro de otros canales institucionales propios del juego democrático.

Graciela Biagini muestra que las distintas conducciones del Programa Nacional mantuvieron con la sociedad civil relaciones cautelosas y esporádicas, y que esta era convocada una vez que se habían tomado las decisiones, solo para intentar obtener consenso y legitimación. Esta

característica encuentra sustento en los términos de Nogueira, quien afirma que muchos gobiernos hablan de sociedad civil para legitimar programas de ajuste macroeconómico, disfrazados de las mismas políticas de siempre con una retórica levemente modernizada, del mismo modo que otros tantos gobiernos progresistas buscan sintonizar sus decisiones con las expectativas de la sociedad civil. El apego a esta figura conceptual sirve tanto para que se defiendan la autonomía de los ciudadanos como para que se justifiquen créditos internacionales, como es el caso de las PVVS: este grupo generalmente es llamado para compartir encargos como exigencia de los propios organismos internacionales (Biagini, 2009).

El hecho de manejar fondos genera legitimidad para intervenir en el diseño de la misma sociedad y pone en cuestión la crisis que atraviesa el Estado nacional, no solo en cuanto a identidad sino también política, ya que de alguna manera perdió incidencia sobre el proceso global de la sociedad. Entonces, la legitimidad que está en discusión es la del Estado, su rol se reduce a la discusión estratégica procedimental sobre política pública y a su perfil de agente facilitador de negocios y expansión del mercado (Biagini, 2009).

En esta parte de la tesis trabajaremos con la dimensión: Participación de la sociedad civil en los procesos de adquisición de medicamentos antirretrovirales.

Capítulo 7 Las personas que viven con VIH como sujetos de las políticas públicas

En este capítulo trabajaremos los resultados obtenidos en la categoría reclamo de la sociedad civil por el derecho a la salud, incluida en la dimensión Participación de la sociedad civil en los procesos de adquisición de medicamentos antirretrovirales.

La cuestión del derecho a la salud fue abordada en la primera parte de la tesis, sin embargo considerando las intervenciones que realiza el Estado en el marco de las políticas sociales surge la categoría “necesidades” y su satisfacción como clave para abordar el bienestar social.

Reconocemos diversos autores y perspectivas que han generado teorías en relación a la categoría necesidad: filosóficas, económicas, sociológicas y políticas. Las teorías económicas conducen a pensar en la dupla necesidad- escasez: ambas fundamentan y legitiman el funcionamiento del sistema capitalista. Aquí el problema de las necesidades se convierte en un problema de consumo (Krmptic, 1999,p.20). A partir de este reconocimiento se perpetúa el círculo vicioso que genera la posibilidad de producir necesidades más rápido que las posibilidades de su satisfacción.

Por otro lado, se encuentran aquellas aproximaciones que conciben a las necesidades como específicas a la cultura de un grupo. Desde allí se analizan las relaciones que se producen entre el sujeto y un objeto determinado, y se les otorga un significado particular. La importancia cultural de los objetos se conecta con la percepción sociocultural de la necesidad (Krmptic 1999, p.20). También se encuentra la visión marxista, que considera que las necesidades son históricas y se vinculan con la producción de medios indispensables para la satisfacción de las condiciones del poder vivir.

Sin embargo, para otras corrientes las necesidades son discursivas, son un producto social que no existe como tal independientemente de la conciencia de sus portadores. Aquí, los bienes con sus significados son un medio crucial para las relaciones sociales. Por último aparece la corriente fenomenológica que apunta a la construcción social de las necesidades. Heller (1996) asegura que la necesidad es una

categoría social pero, sin embargo, esas necesidades son siempre individuales. Las necesidades pueden situarse entre el deseo y las carencias, muestra una relación social atributiva de las necesidades y, de ese modo, se convierten en abstracciones con relación a los deseos de cada individuo. A su vez, los satisfactores de esas necesidades son también abstracciones, y ambas abstracciones (necesidades y satisfactores) tienden a relacionarse. La autora marca una diferencia entre necesidad y deseo, éste es siempre de carácter individual y concreto, en cambio, las necesidades tienen un carácter abstracto y atributivo: son entonces una categoría social (Heller, 1996; Pautassi, Arcidiacono, & Royo, 2010).

A partir de la lectura de Heller, se reconoce a la necesidad como una categoría fundante del pensamiento moderno y a la satisfacción de la misma como un concepto límite entre lo político, lo económico y lo doméstico. El progreso y la modernidad, a partir de la convergencia de la técnica y la ciencia, emanciparon al hombre de las constricciones materiales a partir del predominio de la razón y el conocimiento. Luego, el desarrollo socioeconómico resultante aseguró por sí mismo la expansión de las virtudes humanas, de las libertades y de los poderes de las personas. La noción de necesidad se encuentra fuertemente imbricada con la idea moderna de reproducción (Krmpotic, 1999).

En este punto, Arcidiácono & Gamallo (2011) sostienen que, en la sociedad moderna (de mercado), los satisfactores de las necesidades se encuentran cuantificados, “monetizados”, y constituye la disyuntiva del efecto liberador del mercado, entonces mientras se eliminaría la limitación de acceso se acentuaría el problema de la distribución. En ese punto, bajo el supuesto de que todos los satisfactores pueden ser comprados y vendidos, la garantía de acceso a ese satisfactor se reduce a asignar un poder de consumo a quien no puede asumir el costo por sí mismo, es decir, a reconocer ese satisfactor como un derecho social. De alguna manera se busca “desmercantilizar” el acceso a ese satisfactor. En el caso de que ese satisfactor no se desmercantile y no exista ese derecho, queda a cargo de cada individuo la búsqueda de la satisfacción en distintos ámbitos: el mercado, la familia o la comunidad. No obstante, si las personas no pueden valerse por sus propios medios para garantizar con su trabajo la satisfacción

de necesidades aparecerá, como consecuencia, el malestar físico y psíquico y el sufrimiento social (Krmptic, 2011). El sufrimiento constituye una categoría desestabilizadora, generalmente no considerada en el estudio de la dialéctica exclusión/ inclusión, pero relevante, ya que permite dotar de intensidad a las vivencias que objetivamente intentamos describir en los diagnósticos sociales.

La idea de sufrimiento social incluye problemas que son resultado de daños infligidos por fuerzas sociales sobre la experiencia humana. La ocurrencia de la enfermedad sin lugar a dudas genera sufrimiento, sin embargo es vista por los mismos equipos de salud como un problema técnico y especializado, de relación entre síntomas, diagnósticos y terapéuticas apropiadas. Las dimensiones del sufrimiento y el dolor quedan excluidos del sistema de atención, los cuales en muchos casos agregan más dolor (Krmptic, 2011, p.40). Tomar el sufrimiento como categoría implica pensar en lo que el poder político, económico e institucional hace a las personas y, recíprocamente, cómo esas formas de poder influyen el modo de responder a tales problemas, a los que en general tratamos como campo separados, en términos de salud, bienestar, problemas legales, morales o religiosos. Nos permite ver al otro en su humanidad, lo que lleva a colocar al sujeto en el centro de un análisis que incluye relaciones de poder, cierre de oportunidades, privación económica, deseos, expectativas, tiempo vital y afectividad. Los efectos del sufrimiento pueden ser descriptos como daños y como pérdidas. Las emociones resultan en potentes ideologemas que muchas veces tienen la función de mantener un orden social excluyente, como por ejemplo la vergüenza o la culpa.

En ciertos procesos salud, enfermedad, atención, cuidado (s/e/a/c), los sujetos sufren discriminación o rechazo, cargan con estigmas por “ser enfermos de”, especialmente en patologías infectocontagiosas. En ese sentido, el cuidado tiene un lugar destacado tanto en el debate de la integralidad como en el marco de la vulnerabilidad y los derechos humanos. Depende de las transformaciones en los modos en que se dan los encuentros entre profesionales y usuarios, servicios de salud y ciudadanos, o sea en los contextos de intersubjetividad en los cuales se realizan las prácticas de salud (Ayres, J; Paiva, 2018,p.29). Según los autores, el cuidado es un diálogo

entre cuidador(es) y cuidado(s), en el que los objetos de la intervención, los medios para realizarlos y las finalidades perseguidas son definidas con saberes y experiencias científicos y no científicos, de los profesionales y de los usuarios, de modo compartido con el fin de identificar y movilizar recursos necesarios para prevenir, tratar o recuperar situaciones de salud que constituyen obstáculos a los proyectos de felicidad¹⁰ de las personas , comunidades o grupos poblacionales.

En ciertas situaciones, las personas además de estar enfermas tienen que sufrir las lógicas institucionales con largas colas, tiempos de espera y hasta malos tratos por parte de quienes deberían darles las herramientas para atenuar su problema de salud, para generar autonomía. Auyero (2013) trabaja esta temática en su libro *Pacientes del Estado*, donde muestra claramente que esperar la atención del Estado genera mucho más que aburrimiento y frustración, que es lo primero que aparece cuando se observa a distancia. La experiencia de la espera es un componente clave de la “cultura” de los pobres, de los necesitados. Si se observa una sala de espera, es gente pobre, en una actitud aparentemente pasiva o resignada, o personas poco dispuestas que parecen seguir el guion de la espera. Esa condición subjetiva no es innata sino una construcción política. Esto es entendido como el “modelo paciente”, considerado como un proceso de dominación, según distintos autores. La subordinación a los mandatos del Estado se crea y se recrea a través de innumerables actos de espera. En pocos casos esa espera agota y desanima porque no hay otra salida, están atados al Estado. Esta situación se ve abonada porque, como afirma Auyero (2013), tienen necesidades tan acuciantes que no se pueden permitir la retirada.

Pecheny & Palumbo (2017) también toman la cuestión de esperar y hacer esperar desde la perspectiva de Foucault y Habermas, pero además incluyen en su cuerpo teórico a Wendy Brown, que coloca la cuestión más allá de la espera como fuente de poder y trabaja en los modos de ejercicio del poder y los efectos de las relaciones de poder. Los autores sostienen que

10 entendido por el posicionamiento frente a las insondables interpelaciones que nos llegan desde nosotros mismos y del mundo, en un constante devenir de encuentros y desencuentros, realizaciones y frustraciones, deseos y recelos, libertades y opresiones (Aytes, J; Paiva, 2018, p.30)

en el esquema de gubernamentalidad neoliberal los sujetos son interpelados de manera esquizofrenizante. El Estado, como actor contradictorio, protege categorías vulnerables al tiempo que instala categorías necesitadas de protección, cada vez más necesitadas. En ese contexto los sujetos esperan y hacen esperar, allí en esas relaciones aparecen las micro angustias, los micro sadismos y las micro incertidumbres de las esperas en procesos macro de gubernamentalidad neoliberal.

Asimismo, se universalizan los medios e instrumentos dirigidos a un individuo “tipo”. De algún modo eso es lo que se hace desde el sistema de salud: normalizar u homogeneizar las respuestas ante un mismo proceso s/e/a/c y en esa respuesta no hay espacio para reconocer el sufrimiento.

En este sentido, Krmpotic (2011) remarca una cuestión que hasta resulta obvia pero muchas veces no lo es, la de que las respuestas que se generan deberían ser “humanas”. Menéndez (1994) asegura que enfermar, morir, atender la enfermedad y la muerte deben ser pensados como procesos que no solo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas, específicas y especializadas, sino que son hechos sociales respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías, cada una de las cuales se organiza profesionalmente. Sin embargo, las estructuras institucionales deshumanizan las respuestas. No hay forma de comprender la experiencia de enfermedad si no se participa en algún sentido de ella, si no se planifica y evalúa desde las redes interpersonales del sufrimiento y en el contexto local etnográfico de acción.

El proceso s/e/a/c ha sido y sigue siendo una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas: en las sociedades, la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, ocurrentes continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales. La respuesta social a la incidencia de enfermedad, daños y/ o padecimientos es también un hecho cotidiano y recurrente, pero además constituye una estructura necesaria para la producción y reproducción de cualquier sociedad (Menéndez, 1994).

Ahora bien, considerar cuál es la concepción de sujeto que subyace en las políticas sociales nos permite acercarnos a las lógicas de las

mismas, en este sentido Menéndez (2015) asegura que a través de los procesos s/e/a/c pueden ser analizados gran parte de los problemas económicos-políticos, ideológicos-culturales, con mayor transparencia y menores sesgos que si fueran estudiados directamente.

Entonces, si las políticas sociales están pensadas para un sujeto producto de la modernidad, racional y autónomo, la política se debería restringir a la distribución de bienes materiales y servicios que permitan ampliar las opciones de vida de los individuos y sus fines deberían ser definidos en términos del manejo del sufrimiento ante diversas situaciones que podrían preverse. Sin embargo, cuando la capacidad de respuesta individual no alcanza para dominar algunas condiciones, se termina generando sufrimiento. Y si esas condiciones se hacen crónicas, cotidianas, continuas inherentes al modo de vida, no hay contingencia, no lo puedo evitar: estamos allí ante la necesidad de alivio del sufrimiento.

En función de este sujeto libre y responsable, Krmpotic plantea que se esperan conductas estables predecibles y regulares, así como actitud cooperativa sin necesidad de coacción permanente o de al menos un mínimo de control. Esto lleva al diseño de políticas sociales que intentan moldear fuerzas psíquicas y sentimientos indispensables para acompañar la nueva división social del trabajo, tanto en el ámbito público como en el privado.

Al hablar de autonomía, tenemos que tener en cuenta que la libertad disponible obliga a los sujetos a elegir entre distintas opciones, dentro de las cuales decidirán las más convenientes. En esta línea entra en juego la información con la que se cuenta para tomar esas decisiones y la igualdad de oportunidades. Las políticas no solo se resumen en la distribución de bienes y servicios, sino particularmente de información, para que la mejor decisión sea tomada. Aquí se pone de manifiesto la cuestión de la autonomía reflejada en cuestiones claves para la política social, como el aumento de la racionalidad y la lucha contra la dependencia de los pobres a programas sociales.

Si se piensa al sujeto en sí como destinatario de las políticas, Krmpotic cuestiona la eficacia simbólica de esas intervenciones y por lo tanto el poder del Estado. Se intenta concebir un rol activo del usuario para convertirlo en agente que acciona en beneficio propio y de su grupo.

De la autonomía se desprenden las razones por las cuales consideramos a una persona práctica y moralmente responsable de sus acciones. La noción de autonomía refiere básicamente a la condición de aquel cuanto más libremente pueda llevar adelante sus decisiones sin estar sometido al imperio de la necesidad. En este contexto, no se puede desconocer que la politización de las necesidades y la estatización de las respuestas también serán valoradas según criterios de racionalidad a fin de justificar la ayuda a los dependientes.

Los ciudadanos que aportan al sistema vuelven una y otra vez sobre las mismas preguntas: ¿es que los pobres solo se aprovechan del trabajo de los demás?, ¿se lo merecen? ¿tienen derechos? A estas preguntas me permito agregar: además de pobres: ¿enfermos?, ¿cuánto le cuesta al Estado el tratamiento o la atención de esa persona?, ¿es una obligación darles medicamentos gratis?, ¿es un derecho?. Luego de los artilugios burocráticos para lograr encuadrar jurídicamente esa ayuda al otro, el sujeto pasa a ser secundario y se convierte en el asistido, el que recibe. En cambio, desde la categoría ciudadano debería tener un rol activo.

Si la política social se piensa desde un sujeto post liberal, emocional e interdependiente, y se lo considera con capacidad de relacionamiento en lugar de autonomía, entonces aparece la cuestión de la dependencia, en la medida en que precisamos del otro, en nuestra precaria e incompleta unidad de existir. Desde esta perspectiva, la razón junto a otras pasiones se encarnan o corporizan e integran en un sujeto que no siempre se maneja con racionalidad, que es ambivalente y conducido emocionalmente. En este caso, la ‘otredad’ sintetiza la cuestión de la asistencia social: el ‘otro’ genera tanto hospitalidad como hostilidad. Por un lado, lo tratamos como un par, que logre sentirse como ‘en su casa’, y por otro, emerge el carácter de extraño, de ajeno, o sea, de posible amenaza hostil (Krmptic 2011, p. 36).

Así arribamos a los resultados obtenidos en la categoría reclamo de la sociedad civil por el derecho a la salud, incluida en la dimensión Participación de la sociedad civil en los procesos de adquisición de medicamentos antirretrovirales. Se distinguen registros que mostraban la necesidad de denunciar y reclamar la falta de cumplimiento del Estado en

las obligaciones asumidas previamente con una participación muy activa por parte de las personas que viven con VIH/sida como destinatarios de una política pública.

El representante de la sociedad civil asegura:

“la ley nacional de SIDA es muy importante y muy fuerte y se consiguió por la presión de las personas durante el menemismo, por los escraches en el ministerio de salud y las tomas del ministerio que estaban a la orden del día hasta el 96 no había antirretrovirales”.

“La participación activa y determinante de algunas personas para denunciar las faltas, los retrasos”.

La existencia de la Ley de Sida es clave, resultó el punto de partida del reclamo para lograr la adquisición de medicamentos y lo que colocó a la sociedad civil en un lugar de privilegio:

“Eso para mí era lo más importante, hay que marcarlo, las leyes son de la sociedad civil, la fuerza de la demanda la pone la sociedad civil”.

“La fortaleza de la experiencia de lucha del colectivo con figuras que hablan de igual a igual con el Estado”.

En el punto de “hablar de igual a igual”, el representante de la sociedad civil se refiere al médico asesor del programa y a otros profesionales clave en la defensa y la lucha de los derechos de las personas:

“(él) estuvo en una fundación, él no era un tipo ajeno al activismo y generó un vínculo muy importante, son personas muy importantes cada una cumpliendo un rol: docente e investigador de la Facultad de Medicina de la UBA, profesionales de la Coordinación SIDA de CABA y luego en la provincia, directivos de la Fundación Huésped, son ellos los que dicen: ‘momentito primero están las personas’”.

Uno de los expedientes documenta una serie de acciones que realizó la sociedad civil: el 15 de abril de 2002 el Consejo Nacional de la Red Argentina de Personas viviendo con VIH/ SIDA preparó una presentación dirigida al Presidente de la Nación, al Ministro de Salud y a la Directora del Programa Nacional:

Se está llevando a una interrupción masiva de los tratamientos en todo el país, lo que pone en peligro la vida de miles de personas. Ante el incumplimiento de la Ley Nacional de Sida Nro 23798 RESPONSABILIZAMOS de esta situación al señor Presidente de la Nación Eduardo Duhalde, a su Ministro de Salud Dr. Ginés Gonzalez Garcia, a los gobiernos provinciales y municipales, amparándonos en la Legislación vigente EXIGIMOS la provisión inmediata de todos los medicamentos existentes en el Vademecum Nacional de Sida y su continuidad mensual con control de calidad (...)

INTIMAMOS a los responsables que en el término de máximo de 24 horas den solución a lo anteriormente planteado (E1350C6I269).

En el mismo expediente se encuentra archivado el desarrollo de las acciones de la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/ SIDA, enviaron una nota vía fax a la Directora ejecutiva del Programa comunicando que:

Ante la situación de carencia de tratamientos para las personas viviendo con VIH/sida (PVVS) y la genocida falta de voluntad para solucionar el gran problema, la Red Argentina de Personas Viviendo con VIH/ Sida informa a la opinión pública el inicio de un Plan de Lucha a Nivel Nacional que dará comienzo el viernes 19 de abril de 2002 a las 11:00 hs con un acto masivo frente al Ministerio de Salud bajo la consigna “ SIN MEDICAMENTO ME MUERO”...se realizará en el mismo día y horario actos simultáneos en las principales ciudades de nuestro país (...)
(E1350C6I279).

El material incluido en el expediente pone en evidencia la organización y determinación que tenían las PVVS. El 18 de abril de 2002, el representante del Consejo Regional de la Red Argentina de PVVS Regional Centro envió un correo electrónico a la Directora ejecutiva del Programa con asunto: RESPUESTA URGENTE.

En estos momentos las PVVS de todo el país estamos atravesando una grave situación respecto a la falta de medicamentos,

reactivos para carga viral y subpoblaciones linfocitarias, usted como profesional de la salud no desconoce las consecuencias que apareja esta situación a las personas, demás está decir que usted como “jefa del programa Nacional Programa” debe y tiene la obligación de cubrir con los tratamientos a las PVVS a lo largo y ancho del país (...) (E1350C6 I464).

La vía de comunicación refleja un trato cercano entre el representante de la organización y la Directora del Programa, además apelaban a la sensibilización, poniendo énfasis en las cualidades humanas de la gestora:

PVVS no nos quedamos con los brazos cruzados a esperar que nos llegue la muerte, tenemos madres, padres e hijos que esperan por nosotros, le ruego que se ponga la mano en el corazón y piense como madre, hija y esposa, apelo a su calidad humana. [...] En particular la respeto y lo mínimo que le pido que nos respete usted a nosotros. Desde ya le suplico más que una respuesta acciones para cubrir las faltantes de medicamentos y la atención integral de las PVVS a lo largo y ancho de nuestro país (...) (E13506I464).

En el expediente también se adjuntó el Documento del III Encuentro Personas Viviendo con VIH/sida de Viedma 19 de abril de 2002 bajo el lema: *SIN TRATAMIENTO NOS MORIMOS* (E1350C6I475).

Desde la provincia de Jujuy enviaron un correo electrónico a otros miembros de la sociedad civil de PVVS y a la directora ejecutiva del Programa:

Les cuento que en mi provincia las acciones del día 19 fueron muy tranqui, como esta es una ciudad chica no pudimos realizar la marcha por dos razones: cuidar la identidad de los afectados y ese día era feriado. De todas maneras creamos una acción de reclamo que consintió en poner carteles con el lema: “sin medicamentos me muero” en las rejas que están en el hospital San Roque, Hospital que está en frente de la casa de gobierno, legislatura y tribunales. El comunicado elaborado en Rosario fue dado a conocer por radio, televisión y diarios de circulación

provincial. Fue refutado al día siguiente por el Ministerio Provincial. Vivimos en la lucha (...) (E1350C6I450,451).

Lo acordado y declarado en el II Encuentro Nacional de la ciudad de Rosario fue replicado en otras provincias que brindan su adhesión: Catamarca (E1350C6I477, 478) y Córdoba (E1350C6I479, 480).

El asesor de ONUSIDA Brasil recuerda el vínculo entre la sociedad civil y el Estado:

“Había un compromiso estratégico con la gente que tenía sida, compromiso político y emocional personal”

El testimonio “primero están las personas” permite abrir la discusión en clave de derechos humanos. En este sentido Ayres, Paiva y Franca (2018) suponen que, para superar la vulnerabilidad social, individual y programática al VIH/sida, se debe comenzar por considerar a cada persona como sujeto de derechos y examinar cuánto y cómo los gobiernos reglamentan, respetan, protegen y hacen efectivos los derechos consagrados en las definiciones de ciudadanía de cada lugar, así como en el contexto nacional legal y político. Entonces surgen las preguntas: ¿para quiénes se desarrolló la política que estamos investigando? ¿cómo influyó en la respuesta del Estado las características de la población a la cual estaba dirigida una respuesta?, ¿cuál es la concepción de sujeto que subyacía en este tipo de políticas? Los resultados brindan la posibilidad de reconocer a los sujetos que reclaman en clave emocional, al otro en estado de necesidad.

La experiencia de la enfermedad es una de las tantas interpelaciones en la experiencia de vivir y, como tal, una apertura de horizontes que desacomoda y reclama algún tipo de respuesta, sea en plano colectivo o de la vida personal. Ayres (2018) asegura que el sida es un ejemplo de eso: la eclosión de la epidemia generó, por un lado, reacciones de miedo, estigma y discriminación, dando lugar a prácticas políticas que oscilaron desde la indiferencia hasta la opresión de los primeros afectados. Esas reacciones repercutieron en experiencias personales de desprecio, aislamiento, sufrimiento e indignación, y en experiencias colectivas de ineficiencia en el control de la epidemia y efectos disruptivos sobre las instituciones de salud y las relaciones sociales en general. Por otro lado, también generó reacciones de resistencia frente a esta actitud, que el

reconocido activista brasileiro Herbert Daniel denominó condena a la muerte civil de los infectados por el VIH, que pusieron en marcha el ejercicio de la ciudadanía en prácticas de salud (Ayres, 2018, p.31). Los resultados nos muestran a las personas que viven con VIH en clave emocional, descubren el sufrimiento y lo indispensable que resulta contar con una ley que permita viabilizar el reclamo.

Así reconocemos en nuestros resultados los rasgos que identificó Gregoric (2017), conformación de vínculos y redes que se organizaron desde la condición de PVVS, como base de la identificación individual y grupal, desde una biodefinition “sin medicamentos me muero”. A ello se superponía la identificación, de parte de algunos, como activistas y sujetos políticos o sujetos de derecho.

Si achicáramos la lente y lográramos visualizar el panorama completo de la ciudadanía argentina en ese momento, veríamos infinitas necesidades que no estaban atendidas, así lo revela el detallado informe “Derechos Humanos en la Argentina 2002-2003” del CELS¹¹. Múltiples necesidades no llegaron nunca a formar parte de un expediente del Ministerio de Salud de la Nación, no lograron estar en foco. Si miramos el universo de PVVS veremos aquellas necesidades que no alcanzaron ser contempladas a tiempo, necesidades que generaron miedo a la muerte, sufrimiento, ira y reclamo. Teniendo en cuenta los hallazgos y lo trabajado por Auyero, pensamos que las PVVS pudieron salir del “modelo paciente” que impone “economía y orden” a través de la manipulación del tiempo de los enfermos, para nuestro caso. En ese punto, Auyero (2013, p.192) se

11 Durante los últimos meses de 2001 y comienzos de 2002, se vivió una situación de emergencia sanitaria definida por su magnitud, informada en gran medida por los medios masivos de comunicación y reconocida por los máximos funcionarios del Poder Ejecutivo [...]. Las dificultades que debieron atravesar gran cantidad de personas para acceder a medicamentos fue el primer síntoma de la crisis sanitaria. Por un lado, la imposibilidad de las obras sociales más importantes de afrontar las deudas con sus prestadores, implicó la suspensión de la atención a sus afiliados en las farmacias. Por otro, la devaluación del peso con relación al dólar y la incertidumbre acerca de su valor, generó conductas especulativas por parte de laboratorios, droguerías y farmacias, que provocaron un aumento exorbitante en los precios de los medicamentos. En segundo lugar, el ya deteriorado sistema de atención de la salud basado en el hospital público y la seguridad social que en los últimos años debió hacer frente al incremento de la demanda debido al aumento constante y progresivo de los niveles de pobreza e indigencia- colapsó por el desabastecimiento de todo tipo de insumos básicos, desde guantes plásticos y materiales de esterilización hasta cargas de oxígeno y las reservas de antibióticos, corticoides y drogas imprescindibles para el tratamiento de pacientes trasplantados, oncológicos y enfermos de HIV/SIDA (CELS, 2003,p.378).

apoya en Foucault, reconoce a la espera como técnica de gobierno que brinda el orden natural de las cosas, algo normal, esperable, inevitable. Sin embargo, las PVVS se salen del guión de los pobres, del modelo paciente del Estado, se rebelan contra ese rol, salen de la sumisión y de la naturalización: se empoderan y generan espacios de lucha por el derecho a la salud. Logran convertir una necesidad en un derecho, aún en un momento de alta incertidumbre social. Tanto es así que sus reclamos fueron incluidos dentro de los expedientes de adquisición de medicamentos. Parece que los propios actores del Estado precisaban argumentos para priorizar a este grupo de ciudadanos sobre otras necesidades de la población.

Tanto los testimonios como los registros de los expedientes muestran a sujetos en clave emocional, no solo a los pacientes. Aparece la otredad en los testimonios, como aquello que encierra una contradicción pero que intenta contener al otro. La cuestión es: ¿cuántos recursos había para contener las necesidades en clave emocional?.

Justamente ahí aparece el cuidado, sea en el plano colectivo o personal. Una activa búsqueda de fusión de horizontes normativos con “el otro” es fundamental para la construcción de proyectos políticos orientados a la emancipación solidaria. Paiva (2018, p.32) propone trabajar en los proyectos de felicidad que implican “comprender con el otro lo que es bueno hacer”, construir con el otro un suelo común, una comprensión mutua que lleve a la posibilidad de compartir los significados e implicaciones prácticas de las decisiones tomadas y un posicionamiento frente a ellas que puede resultar en una disputa de posiciones en el plano de la interpersonalidad o del debate político.

Los resultados permiten visualizar la presencia del paradigma gerencial; así, la participación de expertos dentro de las organizaciones garantiza que las mismas no caigan en las falencias que tiene el Estado. La incorporación y preocupación de profesionales, académicos, técnicos y asesores aseguren que los procesos se realicen garantizando algunos estándares. Todos los proyectos avalados y financiados por los organismos internacionales para VIH/sida tienen esa impronta. Si se analiza la conformación de los comités o grupos de trabajo, es una constante la presencia de expertos de distintos ámbitos que pondrían sus conocimientos

al servicio de este tipo de organizaciones. En ese sentido, se encuentra producción científica que avala y pone de manifiesto esas intervenciones (Dirección de SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación, 2009; Pecheny et al., 2013).

Los resultados también ponen en evidencia el modo en el que el federalismo y, al mismo tiempo, la centralidad en la toma de decisiones en nuestro país atenta contra el derecho a la salud. Un ejemplo es el expediente testimonios de organizaciones de la sociedad civil de la provincia de Jujuy, donde claramente el reclamo se traslada al Programa Nacional porque los gobiernos provinciales no tienen posibilidades de generar respuesta, teniendo en cuenta la situación dispar de las provincias, ya que algunas de ellas contaban con programas provinciales más o menos fuertes y otras solo con un referente.

El derecho a la salud conlleva potestades y acciones positivas de los poderes públicos (en sus distintos niveles jurisdiccionales) en relación con la promoción e implementación de acciones adecuadas y suficientes para su efectivo ejercicio, sin embargo, la desigualdad de los territorios y la heterogeneidad institucional atenta no solo contra las particularidades institucionales de los escenarios provinciales y locales sino también contra sus posibilidades de articulación y superación de las brechas de desigualdad que existen tanto en las condiciones de la demanda como en la oferta de servicios y atención en salud (Chiara, 2018). Particularmente, en la situación de crisis y en programas focalizados como es el de VIH/sida, es muy pobre la respuesta programática de las provincias y municipios, porque los recursos están centralizados a nivel nacional. Las jurisdicciones intermedias y locales aportan recursos humanos que atienden y contienen a las personas que viven con VIH/sida, pero en la mayoría de los casos no resuelven la cuestión de la falta de insumos (Colautti, 2012; Colautti et al., 2009)

Capítulo 8 La visibilidad de la sociedad civil y la posibilidad de participación en la toma de decisiones

El presente capítulo aborda la categoría visibilidad de las PVVS en los medios de comunicación. El campo principal de la sociedad civil es la creación de nuevas hegemonías y liderazgos. En este sentido, hay discusiones en cuanto a las transformaciones que se fueron dando en esas mediaciones en las últimas décadas. Se visualiza el tránsito de una imagen de sociedad civil como campo predominantemente político estatal, palco de luchas democráticas y nuevas hegemonías, a una imagen que convierte a la sociedad civil en recurso gerencial o en factor de reconstrucción ética y dialógica de la vida social.

Por un lado, la incorporación de la idea de participación al lenguaje de la planificación hace que la sociedad civil se escinda de su campo principal y se convierta en un espacio de cooperación y gestión de la crisis. Por otro lado, la expansión del activismo social, en un cuadro de crisis de la política, del Estado y de la democracia social, impulsó la búsqueda de un nuevo “lugar”, a partir del cual fuera posible establecer y difundir nuevos postulados éticos y nuevos procedimientos colectivos. De una fase en que el marxismo preponderaba en las discusiones y dejaba su marca, se ingresó a una fase en que la perspectiva liberal prevalece y opera como referencia principal (Nogueira, 2003).

La concepción gramsciana de sociedad civil supone que es un concepto complejo y sofisticado, con el cual se puede entender la realidad, pero que es también un proyecto político con el cual se puede intervenir la realidad e intentar transformarla. Se distinguen cuatro motores para la difusión del concepto de sociedad civil: en primer lugar, las características de las sociedades contemporáneas como producto del capitalismo, alejadas de la lógica de la clase obrera que funcionaba como vector de unificación. En segundo término, el mundo está interconectado e integrado y de este modo genera mayor confianza, parecería que lo social ganó mayor autonomía y transparencia relativa frente a lo político. El tercer motor está asociado a la relevancia de la cultura democrática y participativa, que fortalece el activismo comunitario y los nuevos movimientos sociales

(NMSs). El cuarto punto identificado por Nogueira (2003) tiene que ver con la crisis de la democracia representativa y las transformaciones registradas en el plano de la institucionalidad política que le otorgaron a la sociedad civil gran protagonismo mediático.

Resulta interesante retomar el primer motor identificado por Nogueira desde la perspectiva de De Sousa Santos (2001), que vincula los NMSs a nuevas formas de opresión: la guerra, la contaminación, el machismo, el racismo o el productivismo entre otras, sobrepasan las relaciones de producción y ni siquiera son específicas de ellas. Se reconocen como excesos de regulación de la modernidad que alcanzan no solo el modo como se trabaja y produce, sino también el modo como se descansa y vive. La pobreza y las asimetrías de las relaciones sociales son la otra fase de la alienación y del desequilibrio interior de los individuos; y finalmente, esas formas de opresión no alcanzan específicamente a una clase social y sí a grupos sociales transclasistas o incluso a la sociedad en su conjunto. Según el autor, la novedad más grande de los NMSs reside en que constituyen tanto una crítica a la regulación social capitalista, como a la emancipación social socialista. Los protagonistas de estas luchas no son las clases sociales, sino grupos sociales, a veces mayores, a veces menores que las clases, con contornos más o menos definidos en función de intereses colectivos, a veces muy localizados pero potencialmente universalizables. Los NMSs tienen lugar en el marco de la sociedad civil y no en el marco del Estado y, en relación con el Estado, mantienen una distancia calculada, simétrica a la que mantienen con los partidos y con los sindicatos tradicionales.

Los movimientos vinculados a la problemática del VIH/sida que fueron gestándose en Argentina encuentran sentido en la línea de De Souza Santos (2001): en un primer momento el sida estaba vinculado directamente a usuarios de drogas intravenosas y a homosexuales, situación que generó estigmatización y discriminación, incluso dentro del propio sistema de salud. Los reclamos que generaron los primeros movimientos de PVVS en todo el mundo colocaron en debate nuevas demandas. Es claro que este tipo de movimiento y sus demandas son distintas a los que se desarrollaron en el Estado de Bienestar, ya que respondían a otras racionalidades. Si se hiciera un paralelo con otra enfermedad infectocontagiosa que también se transmite

por vías sexuales, como la sífilis, por ejemplo, se podría decir que las personas que padecen y mueren por esa causa, aún hoy, la perciben como una desgracia que permanece en la esfera de la vida privada. Sin embargo, el VIH/Sida se politizó, salió de lo privado para convertirse en un problema público.

Sontag (1996) hace un análisis en paralelo de ambas enfermedades, y asegura que en el caso del VIH/sida la vergüenza va acompañada de una imputación de culpa, la enfermedad hace brotar una identidad que podría estar oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, los amigos. Una enfermedad infecciosa cuya vía de transmisión más importante es de tipo sexual pone en jaque, forzosamente, a quienes tienen vidas sexuales más activas. Como señala Sontag (1996), esa situación ya era cierta con la sífilis y lo es más con el VIH/Sida, ya que lo que indica el peligro no es la promiscuidad sino una determinada costumbre, reconocida como contra natura. En este sentido, se considera que los usuarios de drogas intravenosas que contraen la enfermedad compartiendo agujas cometen una suerte de suicidio inadvertido. En relación a los homosexuales se puede decir que son promiscuos según sus costumbres sexuales, teniendo en cuenta que hasta la aparición del VIH/sida todas las enfermedades de transmisión sexual eran relativamente inocuas. Sin embargo, no sucede lo mismo con las personas hemofílicas o aquellos que recibieron una transfusión de sangre al inicio de la epidemia, cuando no se contaba con los controles actuales, en ese caso no se cuestiona la inocencia del afectado. De todas formas, representan una amenaza potencial para el resto de la población, aún peor porque a diferencia de los ya estigmatizados, no se los puede identificar fácilmente.

La problemática planteada se puede considerar parte de la nueva cuestión social, ya que pone en evidencia nuevas relaciones de los actores afectados con la política, presenta el camino de la incertidumbre frente al futuro. Desde la lógica del proceso neoliberal, la política social tampoco podía formar parte la agenda pública como lo había sido hasta el momento, lo social debía ser separado tanto de lo político como de lo económico, de manera que su resolución no fuera politizable ni afectara a las variables económicas, sino que debía resolverse, aunque con intervención del Estado,

principalmente desde lo social. El Estado toma un rol de gerenciador de las políticas de intervención diseñadas por los organismos de crédito multilateral. Lo social fue violentamente sacado de lo económico pero al mismo tiempo sometido a él (De Piero, 2005). En ese momento se suponía que la llegada del modelo neoliberal generaría algún tipo de transferencia de recursos desde los sectores más concentrados de la economía hacia los más pobres o necesitados.

Según Garretón (2001, p.36), el papel principal del tercer sector consiste en ligar las elites democráticas de tipo profesional, tecnocrático, político o religioso con los sectores populares, especialmente en momentos en que la política es reprimida por el autoritarismo o la sociedad se atomiza por las transformaciones económicas impuestas por la lógica del mercado. Este tipo de actor juega distintos papeles en esta materia. En primer lugar, le dan apoyo material y espacio organizacional a los sectores pobres o débiles de la sociedad, en especial a los más militantes, cuando no pueden actuar en política directamente. En segundo lugar, la sociedad civil liga distintos sectores con las instituciones nacionales e internacionales de derechos humanos, económicas, religiosas y políticas, a través de una franja de dirigentes sociales y activistas que pertenecen al mundo social y político, proveyendo, así, un espacio de participación más amplio que los partidos. Eliminar a la sociedad política del concepto o tratarla como si fuera la sociedad civil es yuxtaponer rígidamente la sociedad civil al Estado. Sin mediaciones de políticas, la integridad de la sociedad civil ante el Estado no puede estabilizarse indefinidamente, el modelo prefigura un nuevo resultado estatista. En tercer lugar, al menos algunas de ellas, son espacios de conocimiento de lo que ocurre en la sociedad y de elaboración de ideas y proyectos sociales y políticos de transformación, y se convierten en centros de pensamiento o en líderes de opinión pública.

El rol que tome el Estado es clave para el desarrollo de la sociedad civil, así lo señalan Cohen & Arato (2001) cuando retoman el argumento de Rosanvallon. Un Estado benefactor desorganiza sobre todo las redes, asociaciones y solidaridades sociales, y las reemplaza por relaciones administrativas con el Estado. Así, el Estado de Bienestar genera una verdadera crisis de solidaridad al reemplazar formas de ayuda mutua, de

autoayuda y de cooperación lateral con funciones organizadas sistemáticamente. En la misma línea, Cohen y Arato se apoyan en Offe, quien sostiene que el restablecimiento de la sociedad civil debe empezar reconociendo que el estatismo social o estatismo del bienestar tuvo consecuencias desastrosas. Por su parte, el neoliberalismo concibe una sociedad civil despolitizada, se identifica la libertad de la sociedad civil con la libertad del mercado. La sociedad civil debe representar un camino entre el estatismo social y el neoliberalismo ya que sus efectos sobre las relaciones de solidaridad son los mismos.

En este contexto, es muy interesante enfocarnos en el ciclo de vida de las organizaciones, ya que su cantidad crece agudamente en la primera mitad de la década del 90 para todas las temáticas, con mayor intensidad en sida. La alta “natalidad y mortalidad” de las organizaciones deriva en gran parte de las oportunidades políticas para ciertas temáticas y especialmente de las posibilidades de obtener financiamiento. Los organismos internacionales tienen mucho que ver con la capacidad de lobby y con la legitimidad de las organizaciones de PVVS. A mediados de la década del 90, como ya se mencionó, se creó ONUSIDA con el objetivo de defender y garantizar una acción global para la prevención del VIH/sida, exhibió como novedad la creación de un organismo financiero internacional con creciente presencia en el campo de la salud: el Banco Mundial (Biagini, 2009).

Además, en ese momento también se formuló la propuesta y se firmó un convenio con el Banco Mundial en virtud del cual se acordó un préstamo muy importante, para implementar el Proyecto de Control del sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA), que pasó a ser, con administración del Ministerio de Salud, una nueva actividad del Programa Nacional de Sida. Para profundizar en este aspecto, Biagini (2009) retoma el trabajo de Candelaria Garay, que estudia el proyecto LUSIDA. El mismo provino de una iniciativa de un organismo internacional, y fue diseñado de arriba hacia abajo, sin consultar a las organizaciones que operaban en el campo y que vertebraban las pocas estrategias públicas llevadas adelante. Entre los cuatro componentes que se desarrollarían se encontraba uno denominado “Fondo de Asistencia para proyectos de Organizaciones de la

Sociedad Civil”, para generar acciones de prevención primaria a organizaciones de la sociedad civil. Desde 1998 a 2001, se subsidiaron 101 proyectos a través de tres convocatorias a las organizaciones. Estas acciones muestran la manera en la que los movimientos empezaron a formar parte de la estructura del Estado. La cuestión es que de esta forma se instalaron lógicas del mercado.

En febrero de 2001, con la participación del Grupo de Cooperación Técnica y Comunitaria, y con organizaciones de PVVS, se sostuvo la necesidad de que todos los países asumieran una posición sustentable que garantizara los derechos de acceso a medicamentos e insumos de prevención. En julio del mismo año, en la Cumbre de Génova, se creó un instrumento financiero para complementar los programas existentes: el Fondo Global para la Lucha contra SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Biagini, 2009).

En Argentina, en medio de la grave situación política, económica y social, se conformó un Comité de Crisis integrado por algunos miembros de ONG's, profesionales y ex funcionarios, quienes presentaron un Proyecto de Actividades de Apoyo a la prevención y el control del VIH/sida, que resultó aprobado con un subsidio de casi 25 millones de dólares para ser usado en 5 años. Este proyecto promovía la acción conjunta y complementaria de las organizaciones de la sociedad civil y, de acuerdo a su formulación original, el 80% de los fondos sería ejecutado directamente por la sociedad civil, mostrando la idea de transparencia que se supone enarbola este tipo de organizaciones. Para su implementación, se conformó un Mecanismo Coordinador del País integrado por cinco ONG's, tres redes de PVVS, representantes de PNUD, de ONUSIDA Argentina, de la industria farmacéutica, de la Sociedad Argentina de Sida y representantes de Universidades Nacionales. Así se llevaron a cabo proyectos cuasi seriados y en formato predeterminado, con protocolos en los que figuraba qué se incluía como financiación. Los proyectos que se presentaban reproducían la lógica perversa de los organismos de préstamo, la única manera de disponer de fondos para realizar actividades de promoción de la salud era presentando proyectos a los organismos internacionales.

Formar parte de proyectos internacionales y de decisiones de la esfera política exigió visibilidad, exposición y asumir públicamente la condición de PVVS. En ese punto, es interesante el análisis de Debord (2007) en su libro *La sociedad del espectáculo*, la sociedad civil se arma como espectáculo, se muestra y es la forma más desarrollada del capitalismo. El autor afirma: “el espectáculo es el capital a un grado de acumulación tal que éste deviene imagen” (Debord, 2007,p:34).

La problemática de las organizaciones de la sociedad civil de PVVS tiene rasgos de neobeneficencia, ya que se instala fuertemente a mediados de los años 90 como consecuencia de la combinación de dos elementos principalmente: las exigencias de las organizaciones de derechos humanos y el interés de la industria farmacéutica que innovó y desarrolló tecnología específica para este problema de salud. Sin embargo, esos rasgos neoliberales y el espectáculo se profundizan ante la crisis del año 2001. En este sentido, se encuentran aportes del modelo gerencial-tecnocrático, la mirada en el capital social como clave del desarrollo y fuerte presencia de los organismos internacionales.

En cuanto a la categoría visibilidad de las PVVS en los medios de comunicación, encontramos resultados tanto en las entrevistas como en los expedientes. Específicamente en el expediente 1350 se incluyen artículos periodísticos cuya fecha de publicación ronda entre febrero y abril de 2002. Se clasifican según: FECHA, PÁGINA, SECCIÓN, TEMA y se incorpora un ejemplar de cada uno al expediente.

El primer informe periodístico que se adjunta es de febrero de 2002, se hacen públicas las denuncias de la red de mujeres viviendo con VIH. La información ocupa una página entera del periódico:

De acuerdo a lo denunciado han comenzado a faltar y los problemas habrían surgido por fallas en la administración nacional anterior. Debido a que se encontrarían paradas tres licitaciones y el presupuesto estaría agotado [...] Nosotros pedimos entrevista con el ministro de salud de la nación y todavía no nos atendió y también con el gobernador de la provincia y tampoco nos contestó...la provincia no puede desvincularse de su responsabilidad por la salud de sus habitantes...Ahora han

remitido notas al programa ONU sida y a países vecinos pidiendo el envío de remedios y han gestionado ante autoridades de la aduana para poder recibir donaciones... (E1350C6I201).

En una columna lateral de la página se llama a una “campana solidaria”, y se pone en evidencia el intercambio de medicación entre las PVVS, proceso que era acompañado por el equipo de profesionales a cargo (E1350C6I201).

Los medios de comunicación hicieron pública la negociación que se estaba llevando adelante con el Banco Mundial para contar con financiamiento para adquirir ARV:

Pacientes con sida reunidos en la Red Capital exigieron el inmediato suministro del tratamiento antirretroviral para los 25000 enfermos de todo el país. El Ministerio debe renegociar el programa LUSIDA con el Banco Mundial (E1350C6I199).

Además, se suma en la misma nota el caso de una PVVS de Córdoba donde un hombre se encadenó frente al hospital (E1350C6I199)

El mismo día, otro periódico aborda el tema:

Se prevé bajar de 110 a 56 millones de pesos los recursos destinados al área. Hernán Aguilar dirigente de la Red Capital exige el inmediato suministro del tratamiento antirretroviral para los 25000 enfermos de todo el país. El Ministerio debe renegociar el programa LUSIDA con el Banco Mundial (E1350C6I200).

Tal como mostraban los reclamos de las PVVS y de las organizaciones, parecería que durante el mes de abril cobró visibilidad una problemática que venía generando ruido durante los últimos meses:

El Ministerio de Salud de la Nación anunció que dentro de 48 horas se normalizará la cobertura de los medicamentos para los enfermos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA que pertenecen al “Programa de Lucha contra el SIDA” y que se encontraba sin conducción desde hacía cuatro meses. El compromiso de las autoridades ministeriales se dio a conocer a pocas horas de realizada la protesta de enfermos de sida... (E1350C6I195).

También se pone en discusión, como cada vez que aparece una crisis, qué corresponde hacer con las PVVS que son extranjeras. La problemática con los extranjeros, en su mayoría latinoamericanos, condujo a la discusión sobre la posibilidad de realizar compras conjuntas con países de la región (fuente: Crónica, 25/04/2002, E1350C6I197). En este período, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) jugó un rol muy importante junto a la Defensoría del Pueblo de CABA, denunciando lo que sucedía con las PVVS y sus tratamientos. En el expediente se agregó una versión impresa de BuenaFuente prensa de salud, espacio digital que hizo referencia a Página/12 del 15 de abril de 2002 que publicó: *El Estado les niega medicamentos a residentes extranjeros con VIH*. El CELS y la Defensoría porteña presentaron amparos a favor de inmigrantes sin documento nacional de identidad. El reclamo de medicamentos esta vez era a través de un amparo (E1350C6I492).

Al respecto la jefa del Programa de ese momento recuerda:

“El CELS había hecho una presentación y tuve que responder yo...una vez tuve que ir a Comodoro Py por faltante de medicamentos en 2002”

También se marca las diferencias entre las obras sociales y prepagas con el subsector público:

“la inequidad, la obra social más pobre te da los antirretrovirales genéricos y a los otros los de marca registrada, las obras sociales qué manejan de todo esto? no es solo el Estado y las ONG, sino también las obras sociales”.

Con respecto a los medios de comunicación, el referente de la sociedad civil asegura:

“Cualquiera que hablara de VIH llegaba a los medios porque nadie sabía que decir: llegas a los medios poniendo el cuerpo. Ser una PVVS visible te allana algunas cosas y otras te las complica”

La ex jefa de programa reconoce: “había mucha presión de las ONG, apenas asumimos hubo una marcha que rompieron todos los vidrios del Ministerio” (sic).

Al respecto, el asesor médico del programa relata el malestar de ese momento:

“cuando entró la nueva jefa de programa la sociedad civil la acorraló en el segundo piso, rompieron todos los vidrios de las puertas y se la agarraron con ella que recién entraba y era la cara visible, no tenía idea pobre de dónde se había metido, una situación sumamente grave”.

El representante de ONUSIDA da una mirada de género al respecto y recuerda:

“la Red de Mujeres tenía mucha capacidad de movilización, había que atender las demandas”.

En relación a la participación de la sociedad civil en las negociaciones de precios de ARV de Lima 2003 y Buenos Aires 2005, el testimonio de la asesora del ministro de salud asegura:

“la sociedad civil participó de todo el proceso de negociación desde la preparación hasta el momento mismo de la negociación. Fue su presencia la que le dio más legitimidad al proceso. Tuvieron voz en todas las instancias y fueron quienes dieron mayor difusión a los resultados”.

En la entrevista, la jefa del programa nacional recuerda esos momentos y dice:

“Se trabajó mucho con las asociaciones civiles...se trabajó muy fuerte con el comité técnico asesor para transparentar los procesos”.

“la red de PVVS mira al Estado de forma continua y eso hace que el Estado se cuide de hacer trapisondas. Seguro en algún punto fui funcional, netamente desde lo técnico”.

El testimonio de la ex directora permite pensar en que las acciones del Estado se ajustan a la mirada y a la participación de la sociedad civil. En una entrevista realizada y publicada por Gustavo Pecoraro a Carlos Mendes, referente del trabajo en VIH/sida, director editorial de la revista NX y coordinador la sección Nexo Positivo, habla sobre la (in)visibilidad:

La salud tiene que ver con la privacidad de las personas, no es necesario andar con ningún cartel diciendo que tenés nada. Es muy curioso y perverso cómo el poder biomédico hace recaer sobre las víctimas toda la carga de la prueba (...)

Creo que no debería ser necesario [la visibilidad] nunca jamás. Lo que pasa que la historia obliga a algunos “elegidos” a hacer eso (Pecoraro, 2014,p.150)

La discusión de los resultados gira entorno la visibilidad del sida como construcción social y el modo en el que es re significado en los expedientes de adquisición de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación. Un trabajo del año 2001 compilado por Kornblit en relación al sida en la prensa escrita argentina llega a dos conclusiones fundamentalmente en ese momento: “por un lado las PVVS aparecen como afectados y no como agentes capaces para transformar las condiciones de la enfermedad (...) el enfermo resulta paciente en dos sentidos del término: paciente de la enfermedad en términos clínicos, y paciente como permanentemente afectado por la acción, sin poder ocupar la posición de agente con capacidad”. Por otro lado concluye que “las ONGs que actúan en el campo del sida producen un efecto contraproducente sobre la solidaridad que convocan, en la medida que su accionar se presenta como orientado por una modalidad virtualizante de la acción: el querer/deber ser solidario más que por el poder/saber -modalidad actualizante- intervenir sobre el problema” (Beltramino, Pérez, Verardi, Kornblit, & Jones, 2001)

No podemos perder de vista que esas conclusiones pertenecen a otro momento de la historia del país, de la enfermedad y de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH/sida, que ha sido reconstruido de manera detallada por Graciela Biagini. Sin embargo, nos interesa reconocer la dinámica que tuvo la presencia del VIH/sida como problema de salud pública en la prensa escrita en función del empoderamiento de los afectados y del reclamo de aquello que necesitan para seguir viviendo. Pecheny y Manzelli (2018) sostienen que la visibilidad en los casos de acción colectiva en vistas de reivindicaciones en materia de salud tiene que ser adquirida o construida. En consecuencia, además de analizar los esfuerzos de organización y deliberación propios de cualquier acción colectiva, es necesario tomar en cuenta que la construcción de la visibilidad implica costos específicos. Esos costos se derivan de la revelación pública de condiciones, prácticas e identidades a menudo estigmatizadas que en tiempos normales se encuentran protegidas por los

límites de lo privado. En el momento más angustiante de la falta de insumos, podemos suponer que lo que movilizó a la sociedad civil fue lo que Pecheny y Manzelli denominan “la situación trágica”: a las personas no les quedó otra opción que salir a pelear públicamente por su salud. Se podría pensar que fueron empujados por el mismo sistema a ser parte del espectáculo de esos días y así formar parte de la portada de los periódicos, salir a pelear por una cuestión de vida o muerte (Pecheny & Manzelli, 2018).

Como lo muestran las notas incluidas en los expedientes, las negociaciones con los fondos internacionales era muy compleja ya que, como sostiene en la entrevista el representante de ONUSIDA Brasil: “ONUSIDA pagó como consultores a profesores de la UBA, apoyamos diseño del Proyecto de SIDA para presentar a Fondo Global y Argentina ganó. Esos dólares se usaron para otras acciones no para medicamentos, se usó para acciones de prevención y movilización social. Para los medicamentos se usaba tesoro nacional y eso tenía que facilitarlo el gobierno”. Biagini (2009) lo sostiene del mismo modo: el rubro medicamentos era excluido de las acciones del Fondo Mundial, esos recursos debían ser destinados indefectiblemente a financiar actividades de prevención primaria. Sin embargo, ante la situación desesperante los representantes del Estado intentaban echar mano a esos fondos para aplacar la situación.

La protesta, el reclamo y hasta situaciones de violencia colocan un determinado tema en agenda ya que, a partir de un listado de temas o cuestiones en discusión, la propia noción de agenda presupone la idea de que un determinado problema social debe competir con otros problemas para convertirse en una cuestión legítima y pertinente en el seno del sistema político. Pecheny (2018) afirma que cuando un tema como el sida o el aborto entran en la escena pública, se habilitan debates que ponen en juego elementos muy diversos, como la sexualidad, el estilo de vida, la relación con la muerte, los derechos de los enfermos, de las mujeres o de las minorías sexuales, o la modalidad de las políticas sociales. Colocar éstos temas en la agenda pública provoca que se visibilicen cuestiones que habitualmente forman parte invisible de la vida de las personas, de las

cuales no se habla públicamente, que se encuentran relegadas o reservadas al ámbito privado y que como tal no son parte de los debates públicos. En este sentido, es muy interesante analizar los rasgos que se destacan en la conformación, legitimización y sostenimiento de las organizaciones de la sociedad civil vinculada al VIH/sida. Los inicios de la epidemia tienen mucho que ver con lo expuesto por Sontag (1996) y Biagini (2009), donde predominó el miedo, la incertidumbre y mucho voluntarismo. De modo militante, se recurrió a todas partes y se transitó por varios caminos. Se plantaron frente a los medios de comunicación, hasta enfrentar judicialmente al Estado reclamando el cumplimiento de una normativa que, como tantas otras, existía solo en papeles.

En cuanto a la legitimidad que alcanza la sociedad civil, De Piero (2005) explica las supuestas virtudes que tendrían estas organizaciones en comparación con el Estado, a partir de cinco puntos, algunos de los cuales coinciden con lo propuesto por Nogueira (2003): transparencia, cercanía con los beneficiarios, operatividad, mayor flexibilidad y bajos costos. El autor pone en tensión la cuestión del manejo de fondos públicos por parte de las organizaciones. Si bien se reconoce que históricamente el Estado aportó partidas presupuestarias a la sociedad para su manejo, en la década del 90 se suman otras fuentes de financiamiento generadoras de deudas contraídas con organismos multilaterales. Al desmoronarse el Estado, los espacios que quedan “sin Estado” se rellenan con lo que se encuentra más a mano y ahí están las organizaciones sociales, lo que no implica, como asegura De Piero, que sean los de mayor legitimidad, ni los mejores. En cuanto a los organismos multilaterales de crédito, De Piero, (2005, p.130) distingue dos modos de abordaje -basado en Robotnikof (2000)- según se trate de Banco Mundial (BM) o Banco Interamericano de Desarrollo (BID): “Si en el BM la entrada de la sociedad civil sigue la racionalidad del mercado-sociedad, en el BID la agenda de participación de la sociedad civil está estrechamente vinculada a la relación Estado-sociedad”. Para el BM la percepción de la sociedad civil es de tipo sistémica, en tanto el desarrollo de ésta puede contribuir a una mejor competitividad de todo el sistema, en particular del mercado. Por su parte, el BID tiene en cuenta la competitividad pero intenta fortalecer el vínculo Estado- sociedad, no exclusivamente en función del

mercado. En este juego se visualiza la importancia de las mediaciones antes nombradas.

La participación de los sujetos-beneficiarios de las políticas sociales que propone el gerenciamiento en el caso de las organizaciones de PVVS no era pasiva. Eran organizaciones muy movilizadas, con presencia en los medios de comunicación y en la calle, especialmente en los momentos más críticos cuando evidenciaban falta de respuesta del Estado. Sin lugar a dudas, estas acciones enmarcadas en recetas para el desarrollo y focalizadas en PVVS apuntaban a generar capital social, construyendo lazos sociales como agentes privilegiados capaces de brindar confianza y crear redes de asistencia y contención. Las crisis logran desdibujar más aún la presencia del Estado, se quedó sin respuesta y sobre ese espacio es por el que avanzaron los organismos internacionales muchas veces a través de las organizaciones de la sociedad civil. Como explica Nogueira (2003), aquí la sociedad civil aparecía como un espacio fuera del Estado, es un Estado mínimo, reducido en sus funciones de guardián de la ley y de la seguridad, más liberal y representativo que democrático y participativo.

Las organizaciones de PVVS no pueden pensarse desde la lógica de sociedad civil que planteaba Gramsci, ya que se ven mejor reflejados en la idea de sociedad civil liberal. En algunos períodos el mercado comanda, la lucha social se hace en términos competitivos y radicalmente privados, sin mayores interferencias públicas o estatales. El Estado se muestra como el otro lado, tanto del mercado y de la sociedad civil como de eventuales alianzas o combinaciones entre el mercado y la sociedad civil. Nogueira (2003, p.7) plantea que en esta fórmula no hay lugar para la hegemonía, sin embargo la clave está puesta en si los actores actúan para conseguir ventajas para sí.

Las acciones de la sociedad civil liberal hieren a los gobiernos pero no llegan a acorralarlos. En su dinámica óptima producen incentivos competitivos que, en el caso del VIH, se pueden visualizar a través de las múltiples organizaciones que se generaron, aunque no todas hayan logrado sostenerse. La fragmentación y la competencia entre ellas para lograr subsidios fue un ícono durante casi quince años.

A modo de cierre de este capítulo nos interesa no perder de vista la decisión de actores de la burocracia del Estado de incluir artículos de prensa escrita en los expedientes, consideramos que de este modo el Estado reconoce y visibiliza la problemática de la cual es responsable. Coloca a la noticia escrita en otro lugar, la saca de la inmediatez de los medios de comunicación para incorporarla a un expediente que resguarda los rastros de un espectáculo del cual el Estado no pudo desentenderse.

Capítulo 9 La judicialización como estrategia para acceder al tratamiento antirretroviral

Aquí abordamos la modalidad de comunicación de las PVVS con representantes del Estado y el vínculo con la industria farmacéutica. La incorporación del enfoque de derechos en la formulación e implementación de políticas sociales exige un sistema integral y estructurado, que opera para dar efectividad a las medidas comprometidas por los Estados y que además fija estándares específicos que son aplicables a los sistemas internos de cada país. El enfoque de derechos apunta a fortalecer la institucionalidad de las políticas sociales, y lejos está de definir un modelo único de desarrollo, sino que deja a voluntad de cada Estado que concrete su propia estrategia, siempre y cuando respete y cumpla los compromisos jurídicos asumidos. El enfoque de derechos remarca que los derechos reconocidos en tratados y pactos internacionales requieren medidas positivas de los Estados para que su vigencia sea efectiva. Estas medidas positivas se traducen en políticas públicas cuya definición corresponde ya sea al Poder Legislativo o al Ejecutivo, y cuya implementación se encuentra a cargo de este último (Pautassi, 2010).

El derecho a la salud en su concepción estricta difiere de otros derechos sociales en características que resultan fundamentales para comprender la dinámica que impulsa a colocar algunas problemáticas en la agenda de la justicia. Yamin & Gloppen (2013) aseguran que el derecho a la salud tiene una naturaleza inherentemente expansiva, esto implica que las necesidades en salud dependen de lo que es posible tratar y sus fronteras se encuentran en expansión permanente. Por eso, las potenciales consecuencias financieras de otorgar el derecho a la salud son enormes y ejercen inmensa presión sobre los presupuestos, en una medida que no suele ser igualada por otros derechos. Esto trae aparejado descomunales intereses económicos, las asimetrías de conocimiento y de poder son marcadas cuando se trata de la salud y de los posibles litigios vinculados a ella.

Se considera que la judicialización del derecho a la salud es una respuesta a las nuevas disparidades e inequidades que se profundizan a

partir de las reformas que se dan en el marco de ajustes estructurales del sector salud. Así, se despliega un importante activismo judicial vinculado a lograr mayores garantías en materia de salud. El activismo judicial se plantea como: “el uso estratégico de los tribunales por organizaciones dedicadas al litigio de interés público, como el mayor uso de los tribunales por particulares para canalizar demandas al Estado o a empresas prestadoras de servicios de salud” (Abramovich & Pautassi, 2008,p.262).

La naturaleza de la demanda vinculada a este derecho difiere de un país a otro. Según Gloppen, en Argentina los jueces construyen el derecho a la salud a partir de otros derechos constitucionales como el derecho a la vida y a la vida con dignidad, incluidos en instrumentos internacionales.

Abramovich (2007, p.11) explora el vínculo que surge entre el reconocimiento legal de mecanismos procesales de representación de intereses colectivos y la práctica de ciertos grupos o actores de plantear en el ámbito judicial conflictos públicos que trascienden lo individual. A partir del resultado de ese vínculo se busca fijar cuestiones en la agenda del debate social y también indagar los procesos de definición e implementación de políticas del Estado. Luego según los resultados se puede evaluar el impacto social de las políticas y ante la omisión del Estado se podrán activar procesos de toma de decisión de políticas públicas o impulsar reformas de los marcos institucionales y legales en el que se desarrollan.

Existen distintas formas de intervención judicial que se vinculan a diferentes estrategias de la sociedad civil. Un primer tipo de casos consiste en aquellas intervenciones judiciales que tienden a juridificar medidas de política pública asumidas por el Estado, sin entrar en la valoración de la propia política pública. En el análisis, el tribunal acepta la medida diseñada por los otros poderes del Estado, pero transforma su carácter, de mera decisión discrecional a obligación legal. El poder judicial se transforma así en garante de la ejecución de esa medida.

Un segundo tipo de situaciones está dado por casos en los cuales el tribunal examina la compatibilidad de la política pública con el estándar jurídico aplicable y su idoneidad para satisfacer el derecho en cuestión. En

estos casos, si el tribunal considera que esa política o un aspecto de ella es incompatible con el estándar, reenvía la cuestión a los poderes involucrados para que la reformulen.

Un tercer tipo de situaciones, en las cuales el poder judicial se vería forzado a valorar él mismo el tipo de medida que se debe adoptar; se trata de aquellas en las cuales, ante la pasividad de los demás poderes frente a la vulneración de un derecho social, el tribunal verifica la existencia de una única medida de política pública adecuada, es decir, la inexistencia de alternativas para satisfacer el derecho en cuestión, y ordena realizarla.

Un cuarto tipo de intervención judicial es aquella que se limita a declarar que la omisión del Estado es ilegítima sin disponer medida alguna de reparación. Aun en casos en los que la sentencia de un juez no resulte directamente ejecutable, cabe resaltar el valor de una acción judicial en la que se declare que el Estado está en mora o ha incumplido con obligaciones asumidas en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Abramovich, 2007). Nuestro problema de investigación se enmarca en el primer tipo de situaciones, existe una ley y el poder judicial se transforma en garante de la ejecución de esa medida.

Es destacable que, más allá del resultado que se obtenga, esas respuestas pueden ser consideradas potentes vehículos para canalizar las necesidades de la agenda pública en clave de derechos, sin dejarla librada solamente a la arena del lobby político-partidario. Desde esta perspectiva, una forma de reclamo no excluye a la otra. A partir estos lineamientos se entiende que el poder judicial no tiene la tarea de diseñar políticas públicas, sino que debe confrontar el diseño de políticas asumidas con los estándares jurídicos aplicables y, en caso de hallar divergencias, reenviar la cuestión a los poderes pertinentes para que ellos reaccionen ajustando su actividad en consecuencia.

Desde la perspectiva de protección social con enfoque de derechos, se reconoce la tensión que se genera a partir de la judicialización. En este sentido, un grupo de la CEPAL alerta que el resultado de la judicialización es la pugna entre las múltiples demandas de financiamiento y los escasos recursos a disposición de los países. Se reconocen una serie de riesgos y dificultades, tanto en materia de igualdad, dado que la población

más pobre y vulnerable tiene mayores restricciones de acceso a la solución judicial, tanto por razones económicas como culturales, como de sobrecarga para el aparato judicial y de definición de funciones y competencias entre poderes del Estado, ya que la responsabilidad del diseño y el financiamiento de las políticas de protección social recae en los poderes legislativos y ejecutivos, y no en el poder judicial (Cecchini, Filgueira, Martinez, & Rossel, 2015,p.351). Los investigadores recomiendan la jerarquización de derechos para satisfacer de acuerdo a los recursos disponibles. Los mínimos garantizables universalmente deben incrementarse de manera gradual y en esto consiste la progresividad de derechos económicos y sociales. Las herramientas que se ponen en juego para trabajar en ese sentido son la focalización y las condicionalidades; sin embargo, ambas estrategias entran en tensión cuando se las piensa en el marco de los derechos. Atender de manera diferenciada no contraviene necesariamente el principio de universalidad de los derechos.

La investigadora Paola Bergallo (2005) también ha estudiado la función remedial¹² del poder judicial en Argentina y su rol. Bergallo identifica rasgos de la práctica remedial en el derecho a la salud en nuestro país, y sostiene que las decisiones judiciales generadas dan cuenta del fenómeno incremental de organización de la sociedad civil en torno a problemas sanitarios y la incorporación de la estrategia de reclamo judicial al conjunto de herramientas de movilización. Entre los casos que toma como ejemplificadores de la actuación del poder judicial incluye *Tratamientos médicos y medicamentos* para casos de personas viviendo con VIH/sida, en los que los jueces han ordenado a dependencias estatales suministrar o evitar la interrupción de la entrega de medicamentos y tratamientos médicos.

Como ya se dijo, los créditos de los organismos internacionales estaban destinados a financiar las actividades de prevención primaria en el momento de la crisis, y los medicamentos específicos estaban a cargo del Programa Nacional. Esa situación da como resultado una constante en los problemas de suministro de medicamentos específicos para el tratamiento,

12 se refiere a los distintos tipos de instrucciones que los tribunales ordenan luego de ser persuadidos de los méritos de un planteo del demandante e incluyen: (a) la determinación de daños, como compensación monetaria o como daños punitivos; (b) la declaración de los derechos y obligaciones de las partes; y (c) una variedad de órdenes que instruyen al demandado a detener una conducta dañina o comenzar otra requerida por el derecho (Bergallo, 2005, p.3)

con grandes baches en la distribución a las distintas regiones del país. En el año 1997, ante tales irregularidades, un grupo de ocho organizaciones presentó un recurso de amparo que tuvo fallo judicial favorable de la Corte Suprema de Justicia a mediados del año 2000, a pesar de la apelación que realizó el Ministerio de Salud, lo que derivó en un salto presupuestario, el 90% del mismo era utilizado para medicamentos y reactivos. Se trató de una acción de amparo a la Asociación Benghalensis (entidad no gubernamental), frente al pedido de un grupo de organizaciones dedicadas a la defensa de PVVS a fin de que se obligara al Ministerio de Salud a cumplir con lo establecido en la Ley de SIDA (23798). La jueza en primera instancia hizo lugar al amparo y condenó al Estado Nacional a dar acabado cumplimiento a su obligación de asistencia, tratamiento y, en especial, al suministro de medicamentos -en forma regular, oportuna y continua- a los enfermos que se encontraran registrados en los hospitales y efectores sanitarios del país:

Para así resolver, sostuvo que el art 43 de la Constitución Nacional reconoce legitimación a las asociaciones en lo relativo a los derechos de incidencia colectiva en general, máxime en el sub examine, donde es necesario, por mandato legal - ley 23.798- ,preservar la privacidad de los afectados a fin de evitar cualquier marginación o humillación. Agregó que dicha ley declaró de interés nacional la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y que la Autoridad de Aplicación de la ley es el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, por intermedio de la Subsecretaría de Salud, de tal forma que el Estado es responsable por la provisión de medicamentos, drogas y reactivos, ya que la problemática que plantea el S.I.D.A. no se agota en la persona de quien lo padece sino que sus consecuencias se trasladan a toda la sociedad por vía de contagio. Sostuvo que, en el sub lite, el Estado no cumplió con el suministro de la totalidad de los medicamentos -entre ellos las drogas aprobadas por el ANMAT en 1996 (SAQUIVIR, RITONAVIR e INDINAVIR)- y que, si bien es cierto que la entrega de aquéllos se realiza a través de los centros efectores de la jurisdicción del paciente, en virtud de los

convenios suscritos, ello no puede interpretarse como un traslado de la responsabilidad del Ministerio a las otras jurisdicciones. De tal forma, el comportamiento que se espera del Ministerio, en su carácter de responsable primario de la atención de los enfermos, es que prevea esa necesidad y envíe, en tiempo oportuno, la nueva partida de la medicación al efector de la jurisdicción respectiva, para que éste pueda entregarla al paciente a su primer requerimiento, de forma tal que no se produzca interrupción del tratamiento (Procuración General de la Nación, 1999, p.3)

Según Bergallo, la interferencia judicial en la situación descripta puede ser reinterpretada como modo incipiente de orden judicial que persigue la adecuación de las dependencias administrativas y hospitalarias para cumplir el mandato constitucional de prestación de un adecuado servicio de salud.

Estos hechos locales se correlacionan con acciones de la sociedad civil transnacional en torno a la salud y los derechos, así se consolidan antecedentes para reclamar el acceso a medicamentos esenciales. En julio de 1996, en la Conferencia de Vancouver, se anunció el descubrimiento de un tratamiento ARV mucho más eficaz, posteriormente los precios de los medicamentos bajaron a nivel internacional como resultado de la legitimación de las organizaciones transnacionales y nacionales (Yamin & Gloppen, 2013).

Respecto a la modalidad de comunicación de las PVVS con representantes del Estado, se encuentra que los resultados trabajados en la primera parte de la tesis también responden a esta categoría. En este capítulo se suma que algunos pacientes deciden, a partir de los antecedentes mencionados, iniciar reclamos formales individuales ante la falta de respuesta por los canales habituales, entonces envían telegramas al Ministerio en febrero de 2002:

*intimo a que en un plazo perentorio de 24 horas se encuentre a mi disposición la medicación arriba aludida conformidad a lo normado en ley 23798 decreto reglamentario 1244/91 conforme a lo [...] carátulas “ **Asociación Benhhalensis y otros c/***

Ministerio de salud y Acción Social- Estado Nacional s/ amparo Ley 16986” resolución confirmada por la excelentísima corte suprema, bajo apercibimiento de la directamente responsable de los daños que me están ocasionando dada la índole de la enfermedad que padezco y la necesidad de los remedios que reclamo, refuerzan la presente intimación, caso contrario iniciaré las acciones legales correspondientes...(E1350C6I219,226).

Durante el 2002, el incremento de denuncias judiciales para la provisión de medicamentos fue exponencial. En la medida cautelar en el caso “A.V. y otros contra el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación”, incluido en los expedientes analizados, por ejemplo, un juez ordenó al Ministerio de Salud implementar “la provisión inmediata” de los medicamentos correspondientes al Programa SIDA y la adopción en el plazo de dos días de medidas necesarias para “regularizar y mantener en lo sucesivo el suministro” de las prestaciones medicinales correspondientes. Ante las demoras generadas frente a la sentencia, el mismo juez aplicó sanciones económicas para exigir el cumplimiento. Una orden similar fue dictada en la provisión de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis y, en otros casos, se instruyó la entrega de medicamentos para enfermos de epilepsia (Bergallo, 2005, p.14).

Como respuesta a solicitudes particulares se llevan adelante actuaciones en distintas áreas del Ministerio (E1350C6I246).

En este sentido la jefa de Programa nacional asegura:

“Los primeros recursos de amparo en VIH fueron favorecidos por la industria, nosotros sabíamos que había un grupo de abogados de la industria presentando los recursos de amparos”

“El setenta por ciento de las PVVS estaban bajo Programa, había un treinta por ciento que iba a su obra social. Si la obra social no le entrega el garante es el Estado, entonces presentaba un amparo y yo le tenía que dar y después veíamos con la obra social”.

El representante ONUSIDA Brasil recuerda los inconvenientes que tenían los gestores del Programa por la falta de medicamentos:

“Recurrir a la justicia era común, era normal. Es un desgaste político. La prensa difundía cada una de esas situaciones, sin embargo el gobierno y las PVVS tenían gran cercanía”.

En el mismo expediente se incluyó un resumen de los llamados recibidos en la línea 0800 del Ministerio de Salud: (E1350C6I595)

Días	Total llamados	PORCENTAJE LLAMADOS POR MEDICACIÓN
9 al 14	1598	6,63%
15 al 21	2770	25,99%
22 al 24	1859	56,21%
Total	6227	30,05%
Total de llamados por reclamos de medicación	1871	

Desde el Ministerio de Salud desgrabaron 93 llamadas, mayoritariamente de la provincia de Buenos Aires 45,16% y CABA 36,5%. Solo 3 de los 93 llamados desgrabados pertenecían a profesionales. Extraemos solo algunos testimonios que muestran el enojo y la preocupación por la situación:

-Soy portador y estuve hoy en la marcha en el ministerio. Allí nos dijeron que la medicación se va entregar a partir del martes....va empeorar la salud los pacientes, van a tener que cambiar la medicación o van a aparecer cepas resistentes. Esta situación de emergencia descontrolada va a terminar generando otra peor. (C6I588)

-Creo que el ministerio tendría que hacer cargo situación que estamos atravesando. Nadie pide milagros digan la verdad. Si esta la plata, que la usen para lo que está la plata, que lo digan, no están tratando con niños. (C6I593)

-Yo estoy tomando Kaletra [...] Quisiera saber quiénes son los responsables de lo que a mí me pueda pasar si el virus se vuelve resistente a esta última oportunidad de medicación. (C6I606)

-En el hospital de Quilmes no hay ningún remedio, más de 50 pacientes están en serio riesgo. Acercarse solamente al servicio de infectología es desgarrante, todos con pánico a morirse por falta de medicación, todos histéricos y nadie que nos da una

respuesta, no alcanza con palabras, yo te agradezco las disculpas y buen trato pero no me alcanza tienen que aparecer las drogas.

(C6I641)

-No me voy a quedar quieta esta tarde voy a participar de un programa en FM sur para denunciar este crimen silencioso que están pergeñando mismos que hablan de emergencia sanitaria. Voy a golpear todas las puertas y si es necesario el propio ministro me va a tener que explicar porque la vida de los pacientes con sida no le importa a nadie (C6I645)

-Estoy furiosa, yo hace casi un mes que estoy sin medicación y me pregunto quién se va hacer cargo de la vida de los demás. La verdad es que nos están matando. No entiendo porque hay plata para viajes y campañas políticas pero no para los enfermos. (C6I694)

La ex jefa de Programa plantea las dificultades para la gestión de los medicamentos según normativas internacionales y habla de “precio político de no tener un medicamento”. Reconoce que existen “distintos actores sociales que cumplían distintos roles, quieren Kaletra® de inicio”.

En el E5587 aparece un reclamo que fue movilizado a través de profesionales del CELS, fechado el 16 de julio de 2002, donde se le solicitaba a un juez que se intime con urgencia al Ministerio de Salud de la Nación:

La respuesta brindada por el Ministerio de Salud, en respuesta a la intimación realizada por V.S, contiene un grado de generalidad y ambigüedad que torna imposible verificar si efectivamente se ha cumplido con la medida cautelar dictada por V.S. Por ello resulta fundamental que la demandada informe detalladamente acerca de los siguientes extremos (C7I186, 187).

En cuanto a la categoría 3.4 referida al vínculo con la industria farmacéutica en los procesos de compra, en el E1350 representantes del laboratorio Merck hacen una presentación (impugnación), cuestionando la actuación del Ministerio de Salud la Nación en relación a la exigencia de los ensayos de bioequivalencia y las disposiciones que el mismo Ministerio generó para luego retroceder (Anexo).

El tema de la bioequivalencia es conocimiento de ese Ministerio, no sólo por las mismas normas que el propio Ministerio ha dictado, sino por la gran cantidad de escritos que nuestra empresa ha presentado al respecto...

(...) la totalidad de la comunidad científica internacional, incluyendo la Organización Mundial de la Salud, a los médicos especialistas en el tema y obviamente, los principales interesados, es decir las asociaciones de pacientes, coinciden en un ciento por ciento y sin ninguna opinión en contrario, en que no puede asegurarse igual eficacia y seguridad entre productos sin efectuar análisis de bioequivalencia...(E1350C6I122).

Respecto a la calidad de los medicamentos, el representante de ONUSIDA recuerda:

“la Red de Mujeres me pidió informalmente que lleve medicamentos a la Fiocruz para chequear la calidad”

La jefa de Programa nacional reconoce que la industria hacía todo lo posible por seducir a tanto a las PVVS como los profesionales y gestores:

“Los viajes eran un estímulo y eso se trasladaba a las ONG, becas para personas con VIH”

“Todo tenía la misma lógica, había coherencia, la industria aprovecha las brechas. A río revuelto ganancia de la industria farmacéutica”

En cuanto al rol de la industria farmacéutica, el representante de la sociedad civil dice:

“la industria está en el tema VIH para ganar dinero, los congresos internacionales los manejan los laboratorios, se discute lo que quieren los laboratorios muchas de las cosas que hacen las ONG están pagadas por la industria, las ONG piden y ellos pagan”

Carlos Mendez en su libro *Sida y poder* lo dice: “el infectólogo mediocre de los 80 hoy es un señorito con dos autos importados en la puerta de su casa”. “El sida es un gran negocio”.

Los resultados de este capítulo muestran dos facetas del proceso de judicialización de la salud: por un lado, los reclamos por la falta de medicamentos específicos, y por otro, el cuestionamiento a la calidad de los

medicamentos que el Estado adquiere y distribuye. El primero responde en mayor medida a la coyuntura de la crisis y el segundo da cuenta de una discusión que aún hoy no se encuentra saldada. Al analizar los resultados es evidente la pobreza institucional del Ministerio de Salud para incidir en las dos facetas nombradas, así la industria parece permear fácilmente en las estructuras del Estado para imponer sus propias reglas y reclamar presencia del Estado cuando la situación puede llegar a favorecerla.

Por otra parte, la sociedad civil reclamaba mayor presencia del Estado, que “el Estado se haga cargo”, que adquiera los insumos necesarios. Estas situaciones ilustran claramente que el derecho a la salud es expansivo, compromete importante cantidad de recursos y requiere una mirada desde la bioética. En este sentido, Penchaszadeh (2018) sostiene que el rol del Estado en las políticas de salud debe estar basado en el análisis concienzudo de los factores políticos, sociales y económicos que influyen sobre sus estructuras para beneficiar intereses sectoriales (corporaciones médicas, industria de medicamentos y vacunas, industria de seguros privados de salud y de tecnología médica, entre otros) por sobre las necesidades de salud pública.

Parte de los conflictos que aparecen en los resultados puede entenderse como consecuencia de la descentralización en el sector salud y la distribución de competencias jurídicas entre el Estado federal y las provincias en el campo de la salud. En ese sentido, Abramovich & Pautassi (2008) consideran que se transfiere a las provincias competencias y responsabilidades, pero en un contexto de debilidad de mecanismos institucionales efectivos para desarrollar diálogos y acuerdos de articulación de políticas entre las jurisdicciones. Así, el Estado federal está limitado para asumir plenamente la responsabilidad que el sistema jurídico le fija, y marca una brecha entre la dirección en la que avanza la jurisprudencia constitucional y la orientación general de las políticas públicas sectoriales.

La Corte Suprema ha considerado que la legislación sancionada en la materia por el Congreso Nacional constituye una de las medidas adoptadas por el Estado para cumplir con sus obligaciones internacionales, previstas en los pactos y tratados de derechos humanos relativos al derecho a la salud. Por ende, el incumplimiento por parte de la administración nacional de obligaciones establecidas por la ley, en especial de aquellas que

imponen el acceso a tratamiento o medicación, abre la posibilidad de reclamo individual y colectivo (donde un grupo resulta el afectado), a efectos de exigir su cumplimiento. La Corte ha manifestado que el Estado federal es el garante último del sistema de salud –independientemente de la existencia de obligaciones en cabeza de otros sujetos, como las provincias o las obras sociales–, y que el derecho a la salud impone obligaciones positivas –y no solo obligaciones negativas– al Estado (Abramovich & Pautassi, 2008).

En uno de los expedientes, aparece como argumento y antecedente a los reclamos el caso "Asociación Benghalensis", una coalición de ONG's que demandó al Estado en 1999, solicitando el cumplimiento pleno de una ley sancionada por el Congreso de la Nación, que garantizaba la provisión de medicación para luchar contra el VIH/sida a los hospitales públicos. La Cámara de Apelaciones concedió el amparo, y el Estado impugnó esa decisión. La Corte confirmó la decisión de la Cámara, en concordancia con el dictamen del Procurador General de la Nación, que establecía, seguido por el voto de la mayoría de la Corte, que el derecho a la salud se reconoció por tratados internacionales de derechos humanos de jerarquía constitucional (Abramovich & Pautassi, 2008; Procuración General de la Nación, 1999). Así apareció nuevamente la tensión entre las distintas estructuras del propio Estado.

La otra faceta que conduce a procesos de reclamo y judicialización es el cuestionamiento a la calidad de los medicamentos adquiridos, acciones que fueron habilitadas a partir de normativas del propio Ministerio de Salud. A principios de 2001, se consensuó la concreción de los ensayos para garantizar la calidad de los ARV. No obstante, la crisis sirvió para que la industria ganara tiempo. Mientras los resultados de los ensayos no estuvieran listos, los laboratorios se presentaban a las licitaciones de ARV que organizaba el propio Ministerio. Se encuentran cinco normativas, la primera pertenece a la ANMAT y expone que los representantes de la industria reconocen demoras en la aprobación de los protocolos, el argumento de la industria es que tienen problemas técnicos que retrasan la obtención de los resultados necesarios para ajustarse a los plazos dispuestos a mediados de 2001, a partir de esta justificación se

prorrogan los plazos definidos. La ANMAT como institución del Estado generó una disposición en función de los reclamos, planteos y necesidades de la industria privada nacional. Mientras tanto las PVVS y las organizaciones de la sociedad civil que los representan, reclaman por la falta y por la calidad de los ARV, lo que conducía a interrumpir tratamientos o a recibirlos de manera fraccionada ampliando la posibilidad de generar resistencias (Lipcovich, 2001; Seeger, 2004). En este punto es nodal, tener en cuenta lo trabajado en Parte 2 de esta investigación, la sanción de la ley 25649 de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico y su reglamento (Decreto 978/2003). Actualmente la ANMAT se encuentra muy lejos de contar con recursos para garantizar la existencia de genéricos en el país. En el caso del VIH claramente el mercado, la esfera económica, logró tener mucha fuerza, la industria farmacéutica cuenta con herramientas muy poderosas para manipular situaciones en las que se encuentra en juego la vida de las personas y cuentan con estrategias para mostrar su poderío.

Han pasado treinta años del inicio de la utilización de medicamentos antirretrovirales, con una enfermedad que ha franqueado la barrera de la letalidad, cuyo ritmo de incidencia se encuentra lejos de disminuir, con una industria farmacéutica en expansión y con ganancias crecientes. Como dice Biagini, se observa un fuerte predominio del discurso médico hegemónico con un posicionamiento subordinado a la lógica de los laboratorios, sin intentar presionar por parte del Estado, como lo han hecho otros países de latinoamericanos para la producción estatal de medicamentos y la disminución de los costos. Tampoco, por parte de la sociedad civil, se realiza una autocrítica en torno a su intervención en las estrategias de prevención en las que participaron, en los reclamos mayoritariamente dirigidos a la provisión de los medicamentos, con escasa movilización por facilitar el acceso a ellos y en políticas públicas que apunten a los procesos salud- enfermedad- atención- cuidado de las PVVS.

En ese punto, es válido retomar la reflexión que realiza Carlos Mendes en relación a la visibilidad de las PVVS y a la militancia por los derechos de las PVVS:

peleábamos para que en todos los comités de salud hubiera personas viviendo con VIH pensando idílicamente que eso nos garantizaba algo. Pues entraron en todos los comités y como las miserias humanas son tan propias de VIH negativos como de VIH positivos, no bien entraron hicieron la suya, lo que más les convino. Se hicieron burócratas. (Pecoraro, 2014, p.150).

Es innegable la importancia de la participación de la sociedad civil, aunque queda el espacio para preguntarnos sobre cómo participar y para qué, especialmente en momentos de crisis, cuáles son las banderas que se sostienen, y si esas banderas representan las necesidades de la mayoría.

La estrategia primordial parece estar estrechamente vinculada a revitalizar el enfoque de derechos. Según ellos, las necesidades se pueden suplir a través de la caridad pero los derechos no dejan espacio alguno para la caridad. Se centran en el cumplimiento de obligaciones en un verdadero contrato social, y se debe luchar para que estos se cumplan, los derechos son universales no así las necesidades (Consejo Mundial de Iglesias, 2005) . Se habla de necesidades básicas y no de derechos básicos, ya que las necesidades se pueden jerarquizar en prioridades, estableciéndose un piso mínimo que muchas veces está lejos de asegurar el derecho a la salud. La forma para llegar a suplir las necesidades es principalmente fijando metas con resultados, como son las Metas del Milenio. En cambio, cuando se trabaja con el enfoque de derechos humanos se vela por los procesos que llevan a los resultados. Ahí es donde se pone la mayor parte de los esfuerzos, en el cómo se va a llegar, para lo cual es fundamental involucrar a la comunidad.

Conclusiones

El eje principal de esta investigación se centra en el dilema acerca de cómo fueron considerados los medicamentos ARV en nuestro país en el período en estudio: como bien social (derechos) o como bien de mercado (mercancías) y, ante ello, cómo operaron los actores involucrados en el campo.

En Argentina, desde 1990 existe la ley de Sida que garantiza los derechos de las PVVS, además en 1992 se creó el Programa Nacional, como política de salud específica que incluyó la adquisición y distribución de medicamentos esenciales para las PVVS de todo el país. No obstante, durante la aguda crisis política, económica y social acontecida a partir de diciembre del año 2001, el derecho a la salud de las PVVS fue amenazado, el Estado quedó sin capacidad de respuesta para cumplir con las obligaciones asumidas. Desde el inicio de la pandemia la industria farmacéutica multinacional generó una rápida innovación en la farmacoterapia para este problema de salud y el acceso a los ARV se convirtió en una de las claves para que el VIH/sida fuese considerado como una enfermedad crónica.

A partir de la ley 16.463, de 1964, se organizó un cuerpo normativo (en total 169 normas, entre leyes, disposiciones y decretos), con contenidos contradictorios entre sí, que logró dar cuenta del acceso a medicamentos como uno de los modos de garantizar el derecho a la salud en los distintos momentos del Estado Argentino. La perspectiva del autor de la ley, Arturo Oñativia, era muy clara. Tenía identificados a los actores e intereses en juego e intentó anticiparse, con una clara visión de futuro, al avance de las grandes corporaciones. Desde ese posicionamiento, pujó para que en la agenda del Estado el medicamento fuera considerado como un bien social. Los hechos históricos muestran los costos que esas definiciones tuvieron.

El problema de investigación abordado tuvo lugar casi cuarenta años después de la sanción de aquella ley. No obstante, el momento de crisis y la emergencia sanitaria abrieron la posibilidad de indagar en el

sostenimiento de una política de salud ya instaurada en el país con la participación de distintos actores.

Los actores que generaron e implementaron la política pública en cuestión, con el fin de garantizar el suministro de ARV, se encontraban en una compleja trama de tensiones según los intereses que ellos representaban en el contexto de la crisis en Argentina. Los representantes del Estado, según el rol que asumían y el espacio de burocracia que ocupaban influyeron en la accesibilidad a los medicamentos. Los gestores que trabajaban directamente en el Programa, al igual que el propio ministro de salud dejaron registros de los distintos esfuerzos realizados para cumplimentar en tiempo y forma con lo necesario para las PVVS.

En algunas ocasiones, intentaron evadir pasos administrativos en función de la situación excepcional, sin embargo luego los organismos de control del propio Estado llamaban la atención cuando detectaban alguna irregularidad. A pesar del decreto de emergencia sanitaria, tales organismos intentaban que todas las acciones realizadas estuvieran dentro de las normativas dispuestas. En esa línea, pedían explicaciones por cada una de las decisiones tomadas, no escuchaban los reclamos constantes de las PVVS y de los profesionales de los servicios de salud. De alguna manera se mantenían en el rol de una tecnocracia indiferente a la influencia del contexto. Las racionalidades que se pusieron en juego en cada estamento no fueron las mismas y el entramado de poder se modificó entre los actores del propio Estado.

La ANMAT, agencia reguladora nacional de medicamentos, se mostraba sumergida en la arena política con acciones contradictorias: por un lado intentó impulsar ensayos de bioequivalencia y biodisponibilidad para garantizar la calidad de los medicamentos adquiridos por el Estado pero, ante la emergencia, retrocedió, oyendo el pedido de la industria farmacéutica privada nacional. Por otro lado, y en función de la normativa existente, los funcionarios de la ANMAT usaron el decreto 150 de 1992 para que ingresaran fácilmente medicamentos de los laboratorios multinacionales.

Los subsectores privado y de obras sociales también se vieron favorecidos a través de la Administración de Programas Especiales. De este

modo, muchos de los pacientes que contaban con cobertura fueron amparados por el Estado Nacional como último garante de la salud de los ciudadanos, situación que puso en relevancia el rol del Estado y, al mismo tiempo, dejó en evidencia que el subsector privado y de obras sociales en ocasiones fue financiado por el subsector público.

Los organismos de créditos internacionales influyeron de dos modos en las decisiones del Estado: por un lado, los organismos que proponían y monitoreaban indicadores de derechos; y por otro lado, los de préstamo que decidían en qué podían o no gastar los países receptores de los fondos otorgados. De esta manera, le quitaron autonomía a los Estados para definir sus prioridades y, como consecuencia, se mostraron rasgos de vulnerabilidad programática.

El poder de lobby de la industria privada nacional surgió claramente en los resultados de la investigación: se puso en evidencia que el Estado y específicamente la ANMAT era más permeable a la industria farmacéutica privada nacional que a los laboratorios multinacionales. Algunos laboratorios multinacionales se fusionaron con industrias nacionales para lograr mejor posicionamiento al momento de las licitaciones y beneficiarse con la normativa de compra nacional. El mercado de los medicamentos es altamente versátil en cuanto a las estrategias para organizarse y obtener mayores márgenes de rentabilidad. La normativa de la cadena de comercialización de los medicamentos considera eslabones que son justificados en el resguardo de la trazabilidad de los insumos, no obstante agrega complejidad al sistema. Así, el Estado cayó en su propia trampa cuando tuvo urgencia por un insumo y la cadena de comercialización retrasó el proceso.

La producción pública de medicamentos no fue una estrategia ni siquiera en tiempos de crisis aguda. Esas decisiones pudieron estar vinculadas a que los laboratorios públicos no hayan tenido infraestructura suficiente. En cambio, Brasil contaba con laboratorios públicos que enfrentaron a la pandemia y a los laboratorios multinacionales. Brasil tuvo capacidad de respuesta ante un interlocutor transnacional que cambiaba las reglas del juego según con quién estuviera tratando. Argentina, a pesar de que las condiciones estaban dadas y de que era una oportunidad histórica

para el campo, no logró poner a disposición su potencial tecnológico, ni la formación de investigadores y profesionales al servicio del fortalecimiento de la producción pública y así generar un bloque competitivo, potente y sostenible en el sur del mundo.

Los intereses del Estado estuvieron en fortalecer y proteger a la industria privada nacional. El Estado decidió seguir pagando precios altos por los ARV resguardados por patente mientras la industria local privada producía copias de aquellos ARV que podía, y además proveía de los medicamentos para enfermedades oportunistas de las PVVS. El Estado, aún en situación de crisis, prefirió mantener el *status quo* y conservar los vínculos históricos con la industria farmacéutica privada nacional. Recién a partir del año 2008 ha intentado robustecer a los laboratorios públicos de medicamentos, inclusive con resistencia dentro de las propias estructuras del Estado.

Las PVVS lograron formar parte de la agenda en un momento de crisis, para ello tuvieron que poner el cuerpo, tuvieron que exponer y exponerse, se mostraron, contaron lo que les pasaba y reclamaron de distintos modos. La exposición y el reclamo fueron consecuencia de la vulnerabilidad que generó un programa de salud del Estado. El Estado fue quien empujó a las personas a esa situación de desamparo: eran personas atravesando situaciones trágicas y la exposición, la visibilización de su condición fue el salvoconducto. En este punto, no podemos dejar de mencionar la riqueza de los expedientes analizados. Un funcionario o un grupo de funcionarios del Estado, de manera anónima, decidieron incluir en el campo de fuerzas las fichas que representaban el derecho a la salud de las personas, tal vez entendiendo que ese era el modo de trascender más allá de la coyuntura. La decisión, por un lado, de foliar recortes de prensa escrita en archivos del propio Estado y, por otro lado, de desgrabar mensajes de las PVVS y profesionales, fue un intento por captar y documentar, como fotografías del momento, el sufrimiento, la vulnerabilidad, la desesperación y la tragedia que esas personas estaban atravesando. Fue un modo de colocar en el tablero de juego las fichas de las PVVS, de darles voz dentro de un expediente donde se deliberaba sobre la adquisición de medicamentos que les permitirían seguir viviendo.

Todas las políticas de medicamentos generadas en el país en el momento de la emergencia sanitaria sirvieron de excusa para beneficiar económicamente al mismo sector: la industria farmacéutica privada nacional. La ley de promoción de la prescripción por nombre genérico o denominación común internacional, el programa Remediar y el resto de programas de medicamentos, incluido el de VIH/sida, se abastecieron mayoritariamente de la industria farmacéutica nacional privada. Al mismo tiempo, la ANMAT no habilitaba a los laboratorios públicos para producir medicamentos copia porque les exigía mayor infraestructura y controles, y estos no contaban con presupuesto para lograrlo. Entonces, podemos plantear que hubo exigencias que respondieron a una doble vara: una para los laboratorios de producción de medicamentos privados y otra para los públicos.

Los académicos vinculados a las problemática del VIH/sida y el acceso a medicamentos intervinieron directa o indirectamente en la política pública estudiada. A partir de las unidades académicas, se dio un importante movimiento, tanto para llevar adelante los análisis de carga viral de las PVVS, como para articular acciones desde distintos espacios, con el objetivo de colocar en agenda del Ministerio a los laboratorios de producción pública para la posible producción de ARV. Lo primero que se abordó fueron las formulaciones pediátricas, marginadas por la industria farmacéutica por su baja rentabilidad. Luego, se trabajó de manera lenta y sostenida para avanzar en la obtención de habilitaciones que les permitieran elaborar y transportar medicamentos por el resto del país. Desde otras áreas de producción de conocimiento se ha logrado sistematizar, historizar y analizar al VIH/sida como fenómeno social total.

La reconstrucción realizada en esta tesis muestra que la problemática del VIH/sida tenía agenda internacional y que los compromisos asumidos debían cumplirse a pesar de la situación del país. Pese a ello, era muy difícil para los decisores políticos y gestores brindarles relevancia a los medicamentos para el VIH/sida cuando las carencias eran tan notorias para la mayoría de la población argentina.

Las crisis son oportunidades para los Estados y, al menos durante los momentos de turbulencia, el poder es legitimado en sus esferas. Cada

crisis es una oportunidad para que el subsector público de la salud y sus organizaciones salgan fortalecidas, no obstante, habitualmente el subsector privado no delega poder, recursos, ni ganancias económicas.

En esos momentos, el Estado debería haber ejercido la potestad para establecer insumos prioritarios como bienes sociales (derechos), como aquellos bienes que no deberían estar atravesados por los intereses del mercado. En esa lucha de poder, el saber también juega un rol fundamental, las asociaciones de pacientes sabían cuáles eran sus derechos, la industria nacional privada conocía las debilidades de los laboratorios de producción pública y los académicos desde su espacio de poder y saber generaron una masa crítica para tomar posición desde otro lugar, poniendo en relevancia a lo público, con el objetivo de lograr soberanía en salud.

Las crisis, particularmente en nuestro país, pero también en el mundo son cíclicas, ya sea por cuestiones económicas o sanitarias como la aparición de una pandemia que conmueve y paraliza al mundo. A comienzos del año 2018 se registraron, en distintos medios de comunicación, denuncias por falta de medicamentos ARV en diferentes efectores de salud del país. Las PVVS vuelven a hacerse visible, nuevamente se exponen para denunciar. El escenario era diferente al del año 2002, el Ministerio de Salud había sido degradado a Secretaría de Salud y la fragilidad institucional no tardó en evidenciarse.

En Argentina, muchos de los actores que estuvieron en la coyuntura de la crisis del 2002 se encuentran actualmente enfrentando la pandemia de COVID-19. Nuevos problemas de salud pública renuevan la apuesta, la necesidad de un sistema de salud único que trabaje en redes integradas de servicios de salud parece ser el anhelo. En momentos en donde la salud pública cobra un valor protagónico en la agenda de la sociedad, vuelve al centro de la discusión la salud como derecho humano y la presencia del Estado como garante.

El campo de la salud pública es un campo en movimiento constante, en reorganización permanente, un campo que habilita y renueva preguntas de investigación que exigen perspectivas interdisciplinarias que generen respuestas que abonen al diseño y rediseño de políticas públicas para garantizar la salud como derecho humano.

Referencias Bibliográficas

- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88(92), 35-50.
- Abramovich, V. (2007). Acceso a la justicia y nuevas formas de participación en la esfera política. *Estudios Socio-Jurídicos*, 9, 9-33.
- Abramovich, V., & Pautassi, L. C. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 4(3), 261-382.
- Abrutzky, R., Bramuglia, C., & Godio, C. (2019). Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina. *Revista Sudamericana*, (10), 75-99.
- Abrutzky, R., Godio, C., & Bramuglia, C. (2017). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario CEEED*, 9(8), 59-90.
- ALAMES. (2012). *Estatutos: Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de <http://www.alames.org/index.php/redes-tematicas-5/estatutos>
- ALAMES, & CEBES. (2011). *El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud* (Documento de posición conjunto de ALAMES y CEBES). Río de Janeiro.
- Alcántara Saez, M. (1995). *Gobernabilidad, crisis y cambio. Elementos para el estudio de la gobernabilidad de los sistemas políticos en épocas de crisis y cambio*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- Alford, R., & Friedland, R. (1991). *Los poderes de la teoría capitalismo, Estado y democracia*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Manantial.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 902-903. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000400001>
- Alonso, G. V. (2001). Análisis de las capacidades institucionales de la Superintendencia de Servicios de Salud de la Argentina. En Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (Ed.), *VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública* (pp. 5-9). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- Andrenacci, L., & Repetto, F. (2006). *Universalismo, ciudadanía y Estado*. Buenos Aires: FLACSO. Recuperado de <https://biblio.flacso.org.ar/bib/28495>
- ANMAT. (1999). *Cronograma para exigencias de estudios de equivalencia entre medicamentos de riesgo sanitario significativo*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=127654>

- ANMAT. (2007). *La ANMAT y la Bioequivalencia* (Consultor de Salud No. 375). Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de http://www.anmat.gov.ar/Publicaciones/documentos_tecnicos_inf.asp
- Arcidiácono, P., & Gamallo, G. (2011). «Política social y judicialización de los derechos sociales». *Revista Temas y Debates*, (15), 65-85.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Eudeba.
- Ayres, J; Paiva, V. M. C. (2018). Derechos humanos y vulnerabilidad en la prevención y promoción de la salud. En TeseoPress (Ed.), *Prevención, Promoción y Cuidado. Enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos* (pp. 21-34). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Banta, D. (2009). Health Technology Assessment in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25, 253-254. <https://doi.org/10.1017/S0266462309090710>
- Bauman, Z., & Bordoni, C. (2016). *Estado de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Becerra, L., & Santos, G. M. (2015). Política de salud, mercado de medicamentos y producción pública. Trayectoria socio-técnica de Talleres protegidos de Buenos Aires. En H. Thomas, M. B. Albornoz, & F. Picabea (Eds.), *Políticas Tecnológicas y Tecnologías Políticas. Dinámicas de inclusión, desarrollo e innovación en América Latina*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, FLACSO.
- Belmartino, S., Levín, S., & Repetto, F. (2001). *Política sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso. Socialis Reflexiones Latinoamericanas sobre política social* (Vol. 5). Rosario: Homosapiens.
- Beltramino, F., Pérez, G., Verardi, M., Kornblit, A. L., & Jones, D. (2001). El SIDA en la prensa escrita argentina. *Documentos de Trabajo*. Buenos Aires: CLACSO. <https://doi.org/10.1016/j.marpetgeo.2006.07.001>
- Bergallo, P. (2005). «Justicia y experimentalismo: la función remedial del poder judicial en el litigio de derecho público en Argentina». En *Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe 2005 Panel 4: El papel de los abogados* (pp. 1-30). Mar del Plata: istema Económico Latinoamericano y del Caribe. Recuperado de http://digitalcommons.law.yale.edu/yls_sela/45/
- Bermudez, J., Oliveira, M. A., Oliveira, E. A., Chaves, G. C., Bermudez, J., & Oliveira, M. A. (2006). *La propiedad intelectual en el contexto del Acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública*. (J. Bermudez & M. Oliveira, Eds.). Río de Janeiro: Fundación Oswaldo Cruz - Fiocruz.
- Biagini, G. S. (2004). De implicancias y sentidos: «efecto sida» y sociedad civil. *Revista Argentina de Sociología*, 2(2), 27-42.

- Biagini, G. S. (2007). Movilización social y salud. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Guadalajara, México: Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Biagini, G. S. (2009). *Sociedad civil y VIH-SIDA ¿de la acción colectiva a la fragmentación de intereses?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Bloch, C. (2001). Conociendo la epidemia del VIH / SIDA en la República Argentina. *Cuadernos Médico Sociales*, (80), 51-65.
- Borsotti, C. (2009). *Temas de metodología de la investigación* (Primera). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Miño Dávila.
- Bourdieu, P. (1990). Algunas propiedades de los campos. En *Sociología y cultura* (pp. 135-141). México: Conaculta.
- Bramuglia, C., Godio, C., & Abrutzky, R. (2012). La producción de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades. *Realidad Económica*, (266), 8-26.
- Bramuglia, C., Godio, C., & Abrutzky, R. (2013). Los laboratorios privados en la industria farmacéutica. Evolución y fusión de capitales. *Realidad Económica*, (278).
- Bretón, V., Cotez, D., & García, F. (2014). En busca del sumak kawsay. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 18(1), 127-153.
- Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid España: Síntesis Editorial.
- Butler, J., Laclau, E., & Žizek, S. (2003). *Contingencia, hegemonía, universalidad: Diálogos contemporáneos en la izquierda*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de España.
- Cardozo, N. D. (2012). Algunas reflexiones sobre Guillermo O'Donnell y su contribución a la teoría del Estado y los estudios sobre políticas públicas en América Latina. *Studia Politicae*, (26), 39-72. Recuperado de <http://revistas.bibdigital.ucc.edu.ar/ojs/index.php/Prueba2/article/view/905>
- Cecchini, S., Filgueira, F., Martínez, R., & Rossel, C. (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. (S. Cecchini, F. Filgueira, R. Martínez, & C. Rossel, Eds.). Santiago de Chile: ONU, CEPAL.
- CELS. (2003). *Derechos Humanos en Argentina: informe 2002-2003*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Chiara, M. (2018). *La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011* (1a ed). Los Polvorines: Universidad Nacional General Sarmiento.
- Cohen, J. L., & Arato, A. (2001). *Sociedad civil y teoría política*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Colautti, M. (2015). Políticas de salud en Argentina: el marco normativo para sostener el

- suministro de antirretrovirales durante la crisis del año 2001. En *8vas. Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto de la Salud Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Colautti, M. A. (2012). People living with HIV/AIDS and their link with the antiretrovirals provided by the National Programme in Argentina. *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(5). <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000500014>
- Colautti, M., Luppi, I., Salamano, M., Traverso, M. L., Botta, C., & Palchik, V. (2009). Antiretroviral drug supply in Argentina: National Program to Combat Human Retroviruses, AIDS, and STDs. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000100010>
- Comité de Expertos, O. (1977). Selección de medicamentos esenciales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Comotto, S., & Lavopa, F. (2014). *Ampliando los espacios de política pública en tiempos de crisis: Reglas internacionales de contrataciones gubernamentales y política de «compre nacional»* (Programa Cátedras de la OMC/ FLACSO No. 19). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- COMRA, E. (2016). *Formulario Terapéutico Nacional*. (OMS/OPS/RAS-COMRA, Ed.) (12.ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: OMS/OPS/RAS_COMRA.
- Congreso de la Nación Argentina. (1994). *Constitución Nacional Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>
- Consejo Mundial de Iglesias. (2005). II Asamblea mundial de la salud de los pueblos. *Contact*, (180), 20.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. McGraw-Hill (edición re). Madrid España: McGraw-Hill Interamericana España.
- Correa, C. (2002). *Repercusiones de la declaración de DOHA relativa al acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública*. (OMS, Ed.), *Economía de la Salud y Medicamentos* (Vol. 12). Ginebra: OMS.
- Correa, C. (2008). *Pautas para el examen de patentes farmacéuticas. Una perspectiva desde la Salud Pública*. Buenos Aires: Centro Internacional para el Comercio y el Desarrollo (ICTSD)/Organización Mundial de la salud (OMS) / Conferencia de Naciones Unidas para el Comercio y el Desarrollo (CNUCED) / Centro de Estudios Interdisciplinarios de Derecho Industrial y Económico,. Recuperado de http://ictsd.org/downloads/2008/06/correa_guidelines20espanol20final.pdf
- Correa, C., Balleri, C., Giulietti, M., Lavopa, F., Musetti, C., Palopoli, G., & Pippo, T.

- (2011). Patentes, Suministros de Medicamentos y Protección de la Salud Pública. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(7), 19-27.
- Cortez, D. (2009). Genealogía del «buen vivir» en la nueva Constitución ecuatoriana. En *Raúl Fornet-Betancourt (Hg.) VIII Congreso Internacional de Filosofía Intercultural. Tradición del pensamiento en el diálogo. Liberación y Estudios Interculturales*. Seúl, Corea del Sur: Universidad de Mujeres Ewha.
- Costa Chaves, G., Fogaça Vieira, M., & Reis, R. (2008). Acceso a medicamentos y propiedad intelectual en Brasil: Reflexiones y Estrategias de la Sociedad Civil. *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos*, 5(8), 168-198.
- Cunill Grau, N. (2010). Políticas públicas con enfoque de derechos: gobernanza y accountability. En *XV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Santo Domingo, República Dominicana: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- Dagnino, R., & Thomas, H. (1999). La Política Científica y Tecnológica en América Latina: nuevos escenarios y el papel de la comunidad de investigación. *Redes*, VI(13), 49-74.
- De la Puente, C., Tarragona, S., Musetti, C., D Amore, M., Slucki, D., & Rosenfeld, N. (2009). *Propiedad intelectual y medicamentos: El caso de la República Argentina* (Serie de Estudios Isalud No. 9). Buenos Aires.
- De la Puente, C., Tobar, F., & Stamponi, A. (2007). *Políticas y estrategias de adquisición de medicamentos esenciales: un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina*. (ISALUD, Ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Universidad ISALUD.
- De Piero, S. (2005). *Organizaciones de la sociedad civil. Tensiones de una agenda en construcción*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- De Sousa Santos, B. (2001). Los nuevos movimientos sociales. *Osal*, septiembre(5), 176-188. <https://doi.org/10.2307/3540574>
- Debord, G. (2007). *La sociedad del espectáculo* (segunda ed). Rosario: Kolectivo Editorial «Ultimo Recurso».
- Dirección de SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. (2009). *¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir?. Respuesta al VIH desde el sistema público de salud*. (S. Weller, Ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UBATEC S.A.
- Entidades y Movimientos Populares por el derecho universal a la salud. (2015). *Carta De Brasilia_ La salud es un derecho*. Brasilia. Recuperado de www.mdm.org.ar > informes > Carta-de-Brasilia
- Espósito, R. (2009). *Inmunitas Protección y negación de la vida*. Ciudad Autónoma de

Buenos Aires: Amorrortu.

- Fleury, S. (1997). *Estado sin ciudadanos* (1.^a ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fleury, S. (1999a). Política social , exclusión y equidad en América Latina en los años noventa. *Centro de documentación en políticas sociales*.
- Fleury, S. (1999b). Reforma del Estado en América Latina. *Nueva Sociedad*, 160, 58-80.
- Follér, M. (2012). Argentina y Brasil: Proyecciones Internacionales cooperacion sur sur. En C. Morasso & G. Pereyra Doval (Eds.), *Argentina y Brasil: Proyecciones Internacionales, Cooperación Sur- Sur e Integración* (pp. 50-67). Rosario: UNR Editora.
- Forciniti, L. (2002). *Ciencia, Tecnología e Innovación en la República Argentina: Diagnóstico y Propuestas Políticas* (No. 37). Buenos Aires.
- García Delgado, D. (2010). La centralidad de las políticas públicas. *Revista Tram[p]as de la Comunicación y la Cultura*, (68), 20-30.
- Garretón, M. A. (2001). *Cambios Sociales, actores y acción colectiva en América Latina* (Políticas Sociales No. 56). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Giaccaglia, C. (2010). El accionar de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en las negociaciones mundiales en materia de salud. La cuestión de las patentes farmacéuticas. *Papel Político*, 15(1), 285-305.
- Giaccaglia, C. (2012a). Estrategias de «quodlíbet» en el escenario internacional contemporáneo: Las acciones de India, Brasil y Sudáfrica (IBSA) en los ámbitos multilaterales. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 55(2), 90-108. <https://doi.org/10.1590/S0034-73292012000200006>
- Giaccaglia, C. (2012b). IBSA- India, Brasil y Sudáfrica: una iniciativa de Cooperación Sur-Sur que ya es política de Estado. En C. Morasso & G. Pereyra Doval (Eds.), *Argentina y Brasil: Proyecciones Internacionales, Cooperación Sur- Sur e Integración*. Rosario: UNR. Editorial de la Universidad Nacional de Rosario.
- González García, G. (1994). *Remedios políticos para los medicamentos* (Primera). Buenos Aires: ISALUD.
- Gregoric, J. J. (2017). *Micropolíticas de vida activismo de personas afectadas por el VIH* (Tesis Doctoral). Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/9972>
- Heller, A. (1996). *Una revisión de la teoría de las necesidades*. (A. Rivero Rodríguez, Ed.). Barcelona: Paidós.
- Hoen, E. F. M. (2003). TRIPS, Pharmaceutical Patents and Access to Essential Medicines:

- Seattle, Doha and Beyond. *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS care in Developing Countries: Issues and Challenges*, 3(27-46), 39-68.
- Homedes, N. (2004). ¿Se puede hablar de política de genéricos en América Latina? *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición. Universidad Autónoma de Nuevo León*, 5(1).
- Homedes, N., Ugalde, A., & Forns, J. R. (2005). The World Bank, Pharmaceutical Policies, and health reforms in Latin America. *International Journal of Health Services*, 35(4), 691-717.
- Hunt, P., & Khosla, R. (2008). El derecho humano a los medicamentos. *Revista Internacional de Derechos Humanos*, 5(8), 100-119.
- IECS. (2020). Qué es una tecnología sanitaria. Recuperado 18 de marzo de 2020, de <https://www.iecs.org.ar/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-y-economia-de-la-salud/que-es-una-tecnologia-sanitaria/>
- Izazola Licea, J. A. (1999). *El SIDA en America Latina y el Caribe: una vision multidisciplinaria*. (J. A. Izazola Licea, Ed.) (Primera). México DF: Fundación Mexicana para la Salud.
- Katz, J., Burachik, G., Brodovsky, J., & Queiroz, S. (1997). *Apertura económica y desregulación en el mercado de medicamentos*. (J. Katz, Ed.). Buenos Aires: Alianza Estudio.
- Krmpotic, C. S. (1999). *El concepto de necesidad y políticas de bienestar*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio editorial.
- Krmpotic, C. S. (2011). La concepción de sujeto en la trama de la política social. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, 12(101), 31-47. <https://doi.org/10.5007/1984-8951.2011v12n101p31>
- Laing, R., Waning, B., Gray, A., Ford, N., & Hoen, E. (2003). 25 years of the WHO essential medicines lists : progress and challenges. *The Lancet*, 361, 1723-1729.
- Lara, G., & Hofbauer, H. (2004). *VIH / Sida y derechos humanos: el presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua*. (G. Lara & H. Hofbauer, Eds.). México DF: Martinez y Gamboa, S.A de CV.
- Levin, S. (2010). *Derechos al revés ¿salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Espacio editorial.
- Levín, S. (2004). Debates en torno al concepto de ciudadanía en sociedades en transformación. *Mediaciones. Revista de Ciencias Sociales*, 9(2), 119-138.
- Linares, R. L. (2004). La lucha por el acceso a medicamentos esenciales.
- Lipovich, P. (2001, agosto 12). Cuarenta ONG denuncian la falta de medicamentos contra

- el VIH. El calvario de esperar los remedios. Recuperado 9 de mayo de 2015, de <http://www.pagina12.com.ar/1998/98-09/98-09-07/pag15.htm>
- Maceira, D. (2015). *Cadena de Comercialización de Medicamentos* (Documentos de Trabajo No. 128/2017). Buenos Aires.
- Maceira, D., Alonso, V., & Gahr, G. (2010). Evaluando una estrategia de intervención estatal . La producción pública de medicamentos. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación.
- Marín, G. H., & Polach, M. A. (2011). Medicamentos de alto costo: Análisis y propuestas para los países del Mercosur. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 30(2), 167-176. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000800009>
- Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. L. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva, Buenos Aires*, 11(3), 301-330.
- Mínayo, M. C. de S. (1997). *El desafío del conocimiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Economía de la Nación Argentina. (2001). *Evaluación del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual* (Dirección de Gastos Sociales Consolidados). Buenos Aires.
- Ministerio de Economía, S. de P. E. y P. del D. (2015). *Complejo farmacéutico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de https://www.economia.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Sida y ETS. (2014). *Legislación Específica*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/informacion-general/conocetus-derechos/vih-y-derechos>
- Nogueira, M. A. (2003). La sociedad civil como campo de luchas, como recurso gerencial y como espacio ético. *CLAD Reforma y Democracia*, (25), 1-15.
- Novick, S. (2014). Cómo trabajar con textos jurídicos en ciencias sociales. Buenos Aires: Instituto de Investigación Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Nwobike, J. C. (2005). Empresas farmacéuticas y acceso a medicamentos en los países en desarrollo: el camino a seguir. *Sur-Revista Internacional de Derechos Humanos*, 2(3), 128-145.
- O'Donnell, G. (2007). Acerca del Estado, la democratización y algunos problemas

- conceptuales. Una perspectiva latinoamericana con referencias a países poscomunistas. En C. Acuña (Ed.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual* (pp. 79-100). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.
- O'Donnell, G. (1993). Estado, democratización y ciudadanía. *Nueva Sociedad*, 128, 62-87.
- OEA. (1988). *Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José*. El Salvador, Costa Rica: OEA. Recuperado de https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convención_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Ojeda, L. P., & Cristiá, R. P. (2016). Fortalecimiento de la regulación sanitaria en las Américas: las autoridades reguladoras de referencia regional. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 39(5), 294-298.
- OMS. (2001a). *Estrategia farmacéutica de la OMS Procedimiento revisado de actualización de la Lista Modelo OMS* (No. EB109/8). Washington.
- OMS. (2001b). *La globalización, el Acuerdo sobre los ADPIC y el acceso a los productos farmacéuticos*. Ginebra. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2242s/s2242s.pdf>
- OMS. (2002). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional*. (OMS, Ed.) (segunda). Ginebra: OMS. Recuperado de <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5410s/s5410s.pdf>
- ONU/OMS. (2008). *El derecho a la salud*. Ginebra. Recuperado de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*. Nueva York, Estados Unidos de América: Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
- ONU. (2005a). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/1/21541/lcg2331e.pdf>
- ONU. (2005b). *Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe de 2005* (No. Informe 2005). Nueva York. Recuperado de https://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG_BOOK_SP_new.pdf
- ONU. (2016). *Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a los Medicamentos*. Copenhague. Recuperado de https://highlevelpaneldevelopment.squarespace.com/s/50923-HLP-Report_SPANISH-v5_web.pdf

- ONUSIDA. (2002). *Informe sobre las epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/report/2002/brglobal_aids_report_sp_reduced_es.pdf
- ONUSIDA. (2013). *Informe Mundial VIH/SIDA ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013*. Naciones Unidas. Ginebra. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
- OPS. (2009). *Modelo conceptual de Salud Internacional. Fuerza de análisis: Determinantes Interacionales de salud y Modelos de Desarrollo*. Washington: OPS/OMS.
- OPS, & OMS. (2016). *Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas*. (OPS/OMS, Ed.). Washigton DC: OPS.
- Orta, I., & Sánchez de la Cruz, E. R. (2014). Ciencia y Política: El acceso a los medicamentos en el mundo de hoy. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(4). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400012
- Oszlak, O. (1977). Notas críticas para una teoría de la burocracia estatal. *CEDESIG.E CLACSO*, 8, 32.
- Oszlak, O. (1980). *Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas* (No. 2). Buenos Aires: CEDES.
- Oszlak, O. (1999). *De menor a mejor. El desafío de la segunda reforma del Estado* (No. 160). Caracas: Revista Nueva Sociedad.
- Oszlak, O., & Felder, R. (1997). La capacidad de regulación estatal en la Argentina quis custodiet custodes? En A. Isuani & D. Filmus (Eds.), *La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición* (pp. 1-27). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *REDES - Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*, (4), 98-128.
- Oszlak, O., & O'Donnell, G. (2007). Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. En C. Acuña (Ed.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual* (pp. 555-584). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.
- Oxfam, I. (2006). *Patentes contra pacientes* (Informe de Oxfam Internacional No. 95). Oxford. Recuperado de https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/Patentes_contra_pacientes_Cinco_an

os_despues_de_la_Declaracion_de_Doha

- Oxfam, I. (2007). *Invertir en la vida cómo lograr el acceso a medicamentos esenciales a través de prácticas responsables* (Informe de Oxfam Internacional No. 109). Oxford. Recuperado de https://www.oxfamintermon.org/es/informe/Invertir_en_la_vida_Como_lograr_el_acceso_a_medicamentos_esenciales_a_traves_de_practicas_empresariales_responsables
- Oxfam International. (2016). Oxfam International: The Power of People Against Poverty. Recuperado 27 de abril de 2020, de <https://www.oxfam.org/es>
- Pautassi, L. (2010). El aporte del enfoque de Derechos a las políticas sociales: Una breve revisión. En *Taller de expertos: «Protección social, pobreza y enfoque de derechos: vínculos y tensiones»* (pp. 1-5). Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L., Arcidiacono, P., & Royo, L. (2010). *Idas y vueltas en las políticas sociales: el protagonismo de la pobreza en la agenda política. Derechos Humanos en Argentina. Informe 2010* (primera). Buenos Aires: Siglo Veintiuno y CELS. <https://doi.org/10.5585/prismaj.v9i2.2538>
- Pecheny, M. (2001). Evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América. *Ponencia para el XXIII Congreso de la Latin*, 1-45. Recuperado de <http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2001/PechenyMario.pdf>
- Pecheny, M., Bruno, M., Binstock, G., Hiller, R., Manzelli, H., Gogna, M., ... Portnoy, F. (2013). *Las mujeres viviendo con VIH en la Argentina. Desafíos para la atención integral*. (M. Gogna, Ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones Publikar.
- Pecheny, M., & Manzelli, H. (2018). El regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En A. Capriati (Ed.), *Prevención, Promoción y Cuidado. Enfoque de vulnerabilidad y derechos humanos*. Buenos Aires: Teseo Press.
- Pecheny, M., & Palumbo, M. (2017). *Esperar y hacer esperar. Escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo Press.
- Pecoraro, G. (2014). *Palabra y pluma. Textos políticos y otras mariconadas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La mariposa.
- Penchaszadeh, V. (2018). Bioética y Salud Pública. *Prensa Medica Argentina*, 92(1), 30-40. <https://doi.org/10.14422/rib.i07.y2018.004>
- Pérgola, F. (2013). Arturo Oñativía, sanitarista de fuste. *Rev Argent Salud Pública*, 4(14), 42-43.
- Poder Ejecutivo, N. A. (1992a). *Decreto N 150/1992. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos*. Buenos Aires. Recuperado de

- <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/Medicamentos/Decreto150-1992.pdf>
- Poder Ejecutivo, N. A. (1992b). *Decreto Nacional 1490/92. Creación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica*. Buenos Aires. Recuperado de http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/NormasGenerales/Decreto_1490-1992.pdf
- Poder Legislativo, N. A. (1995). *Ley Nacional N° 24.481 Patentes de Invención y modelos de utilidad*. Buenos Aires. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27289/norma.htm>
- Price Smith, A. T. (2008). *Contagion and chaos. Disease, Ecology, and National Security in the Era of Globalization*. Massachusetts: The Mit Pr.
- Procuración General de la Nación. (2000). *Asociacion Benghalensis Y Otros C M° De Salud Y Accion Social Estado Nacional según amparo Ley16.986. A.186 LXXXIV*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.saij.gov.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-asociacion-benghalensis-otros-ministerio-salud-accion-social-estado-nacional-amparo-ley-16986-fa00000121-2000-06-01/123456789-121-0000-0ots-eupmocsollaf#>
- Programa Municipal de SIDA. (2008). *Estadísticas y Epidemiología Rosario 2008*. Rosario: Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.
- Programa Nacional contra los retrovirus humanos, S. y E. (2005). *Boletín sobre VIH/ SIDA en la Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Quintana Peña, A. (2006). Metodología de Investigación Científica Cualitativa. En A. Quintana & W. Montgomery (Eds.), *Psicología: Tópicos de actualidad*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rivera, G. (2014). *Protección de los datos de prueba farmacéuticos: aportes para la interpretación del acuerdo ADPIC favorable a los países en desarrollo* (Programa de Cátedras de la OMC. FLACSO No. 14). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Rossi, J., & Moro, J. (2014). *Ganar Derechos. Lineamientos para la formulación de políticas públicas* (Documentos de Trabajo No. 2). Recuperado de http://issuu.com/ippdh/docs/ganarderechos_lineamientos#download
- Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema. *La Esquina del Sur mayo*, (3).
- Rovere, M. (2016). El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones , Estratagemas y Opacidades. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 20.

- Rozenblat, E., Biagini, G., & Sánchez, M. (1999). *El hospital público y la representación social del complejo VIH/ SIDA*. Washington, DC. <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Sacchetti, & Rovere. (2011). *Cañones, mercancías y mosquitos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Ágora.
- Salamano, M. (2007). *Satisfacción de los pacientes frente a la utilización de medicamentos genéricos (Tesis de Maestría)*. Buenos Aires: FLACSO. Recuperado de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/1229?mode=full>
- Santos, G. M. (2017). Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015). *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, 9, 19-57.
- Schuster, F., & others. (2002). La trama de la crisis. Modos y formas de protesta social a partir de los acontecimientos de diciembre de 2001. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Seeger, M. (2004, febrero 01). Argentina trata enfermos de Sida con medicamentos no comprobados. Recuperado 9 de mayo de 2015, de http://www.nacion.com/In_ee/2004/febrero/01/ultima-la13.html
- Sikkink, K. (1993). Las capacidades y la autonomía del Estado en Brasil y la Argentina: un enfoque neoinstitucionalista. *Desarrollo Económico*, 32(128), 1-46. <https://doi.org/10.2307/3467177>
- Silva Montaña, G., & Tejeda Salazar, M. (2008). *Documento Conceptual con las Bases para la Tercera Negociación Conjunta de Medicamentos Antirretrovirales a Nivel Regional (Asistencias Técnicas en Salud)*. Bogotá.
- Silva Paim, J. (2011). *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Skocpol, T. (1989). El Estado regresa al primer plano. *Zona Abierta* 50, 71-122.
- Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Taurus.
- Soto, A. (2015). Medicamentos esenciales y Acuerdo sobre los ADPIC: colisión entre el derecho a la salud y el derecho de propiedad intelectual. *Salud Colectiva*, 11(1), 9-21.
- Tarocher Padilla, M. A. (2004). *Periodistas y prensa semanal en el golpe de Estado del 28 de junio de 1966: la caída de Illía y la Revolución Argentina (Tesis Doctoral)*. Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.tdx.cat/handle/10803/9957>
- Tarragona, S., & De la Puente, C. (2003). *¿ Qué se hizo ? ¿ Qué queda por hacer ?* (Unidad de Análisis Económico en Salud). *Política Nacional de Medicamentos*. Buenos Aires.

- Thomas, H. (2013). Estructuras cerradas versus procesos dinámicos: trayectorias y estilos de innovación y cambio tecnológico. En H. Thomas & A. Buch (Eds.), *Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología* (segunda). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Thomas, H., Becerra, L., & Bidinost, A. (2019). ¿Cómo funcionan las tecnologías? Alianzas socio-técnicas y procesos de construcción de funcionamiento en el análisis histórico. *Pasado Abierto*, (10), 127-158.
- Thomas, H., & Dagnino, R. (2005). Efectos de transducción: una nueva crítica a la transferencia acrítica de conceptos y modelos institucionales Efectos de transducción: una nueva crítica a la transferencia acrítica de conceptos y modelos institucionales. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 31, 9-46.
- Tobar, F. (2002). Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Tobar, F. (2008a). Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 23(1), 59-67. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892008000100008>
- Tobar, F. (2008b). Política de medicamentos en America Latina y el Caribe. Buenos Aires: Fundación Salud y Fármacos.
- Tobar, F., Drake, I., & Martich, E. (2012). Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 32(6), 457-463. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892012001400010>
- Tognoni, G. (2016). Apuntes para una estrategia de medicamentos «esenciales» para Latinoamérica. *Salud Colectiva*, 12(3), 311-316. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1088>
- Ugalde, A., & Homedes, N. (2007). América Latina: la Acumulación de Capital, la Salud y el Papel de las Instituciones Internacionales. *Salud Colectiva*, 3(1), 33-48.
- Vaccarezza, L. S. (2011). Ciência & Tecnologia Social. *Ciencia &Tecnología Social*, 1, 42-64.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Gedisa.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2013). El trabajo y los trabajadores, las personas pobres y las situaciones de pobreza: Análisis sociolingüístico del discurso político. En *Discurso científico, político, jurídico y de resistencia. Análisis linguistico e investigación cualitativa* (pp. 98-102). Barcelona: Editorial Gedisa.

- Velásquez, G., Correa, C. M., & Balasubramaniam, T. (2006). La OMS al frente de la lucha por el acceso a los medicamentos: el debate sobre los derechos de propiedad intelectual y la salud pública. En J. Bermudez & M. A. Oliveira (Eds.), *La propiedad intelectual en el contexto del Acuerdo de la OMC sobre los ADPIC: desafíos para la salud pública*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Wirtz, V. J., Hogerzeil, H. V., Gray, A. L., Bigdeli, M., de Joncheere, C. P., Ewen, M. A., ... Reich, M. R. (2017). Essential medicines for universal health coverage. *The Lancet*, 389(10067), 403-476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31599-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9)
- WT/MIN(01)/DEC/2. (2001). *Declaración Relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública* (Conferencia Ministerial No. cuarto período de sesiones). *World*. Doha.
- Yamin, A. E., & Gloppen, S. (2013). *La lucha por los derechos de la salud*. (editores Siglo Veintiuno, Ed.) (1a ed). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Zeballos, J. L. (2003). *Argentina: Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003* (OPS). Buenos Aires: OPS/OMS Argentina. Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub57.pdf

Anexos

	Dependencia	Acto Administrativo	Fundamentos	Decisión
Año 2001	SPyRS	Resolución 40/2001 (Marzo)	1-Se basa en la Resolución 189/00 2-El uso de los ARV es fundamental e indispensable para el tratamiento del VIH y que la naturaleza de esta enfermedad, su carácter epidémico y el riesgo de desarrollo de resistencia hacen que estos medicamentos deban ser considerados dentro de los de alto riesgo sanitario.	Establecer la obligatoriedad de realizar estudios de biodisponibilidad/ bioequivalencia, con la formulación que se comercializa o comercializará en el país, para todas las especialidades medicinales que contengan, como principio activo, por lo menos uno de los ARV utilizados para el tratamiento de la infección con el VIH.
	ANMAT	Disposición 3311/2001 (Junio)	1-Toma como base a Resolución 40/2001 2-Reconoce la posibilidad de aparición de resistencia viral con riesgo individual y poblacional, 3- El Ministerio de Salud ha adoptado una política activa como garante del acceso al tratamiento 4- Se adhiere a la preocupación de organismo internacionales por asegurar la calidad de los ARV 5- Existe consenso con Unidad Coordinadora-Ejecutora de VIH/SIDA y ETS, con las cámaras representativas de los fabricantes de ARV y con organizaciones no gubernamentales. 6- Se han registrado en el Departamento de Farmacovigilancia de la ANMAT más de 100 comunicaciones de eventos adversos con diversas formulaciones de ARV.	Establecer las condiciones en las que deben realizarse los estudios de bioequivalencia/biodisponibilidad de las especialidades medicinales comercializadas y no comercializadas, que contengan como principio activo un ARV utilizado para el tratamiento del VIH. Esta misma disposición estableció un cronograma de presentación de los resultados de los estudios en función del tipo de ensayo que se requiera, in vivo o in vitro.

	Dependencia	Acto Administrativo	Fundamentos	Decisión
Año 2002	ANMAT	Disposición 1277/2002 (Abril)	1-La Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos y la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos solicitan una prórroga de los plazos de la Disposición A.N.M.A.T. N° 3311/01 con fundamento en el hecho de haberse producido <u>algunas demoras en la aprobación de los protocolos.</u> 2- circunstancias de carácter técnico y operativo no permitieron la obtención de los resultados de los estudios presentados dentro de los plazos originariamente establecidos. Sin embargo, previo a ésta instancia, se remarca que la ANMAT intimó a los laboratorios que no hicieron las presentaciones correspondientes.	Prorrogar los plazos establecidos en el punto 4, Anexo I de la Disposición A.N.M.A.T. N° 3311/01, estableciéndose el 31-12-02 para el fijado el 31-12-01, y el 30-06-03 para el fijado el 31-12-02.
	APE	Resolución 475/2002 (mayo)	Considera: el avance científico, la crisis y la necesidad de adecuar las modalidades de tratamiento a las últimas incorporaciones en materia de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, a efectos de obtener una mejor calidad de vida de los pacientes. Se constituyó una Comisión de Especialistas en VIH/sida. La crisis económica financiera por la que atraviesa el país ha resentido profundamente el Sistema Nacional del Seguro de Salud, afectando las prestaciones de salud para los beneficiarios.	Apruébanse las normas de financiamiento y seguimiento de los beneficiarios HIV+ por los que los Agentes de Salud hayan presentado solicitudes de subsidios o reintegros. Se restablecen los valores máximos a subsidiar o reintegrar por la Administración de Programas Especiales, pudiendo ser modificados proporcionalmente ante eventuales cambios en los aranceles de importación de los insumos para la salud, mediante el acto administrativo correspondiente.
	APE	Resolución 766/2002 (junio)	Se detectó un error de tipeo de la Resol 475/2002	Se corrige un error de la resolución anterior con respecto a la cobertura de los ARV.
	Poder Legislativo	Ley 25590 (Junio 2002)	Emergencia Sanitaria Nacional	Exímese del pago de derechos de importación y demás gravámenes, a productos críticos destinados al diagnóstico y

	Nacional			tratamiento de la salud humana, comprendidos en posiciones arancelarias de la Nomenclatura Común del MERCOSUR. (se incluyen ARV y métodos diagnóstico para VIH/sida)
--	----------	--	--	--

	Dependencia	Acto Administrativo	Fundamentos	Decisión
Año 2003	SRyPS	Resolución 25/2003 (Marzo)	1-Realizar ensayos de biodisponibilidad/bioequivalencia de ARV, requiere que la ANMAT establezca los productos comparadores de referencia. 2-Representantes de la industria farmacéutica plantean su preocupación por las dificultades para realizar estudios in vivo (capacidad técnica, recurso humano capacitado, reclutamiento de individuos dispuestos a participar, entre otras) 3-Se requiere readecuar los plazos contemplando cuestiones éticas y de Buenas Prácticas de Fabricación y Control.	Se suspende el plazo establecido en la Resol Secretarial 40/01 y sus normas aclaratorias, reglamentarias o interpretativas hasta ANMAT modifique la normativa vigente adecuarla a la Resol Min 60/03 en la cual se define productos comparadores.
	SRyPS	Resolución 46/ 2003 (Mayo)	1-Base Resol 40/2001 2-Requerimiento de adecuación de los plazos existes para realizar los ensayos con plazos para cada etapa. 3-Se propone un nuevo cronograma. 4-la Secretaría General de Asuntos Jurídicos está interviniendo	Desarrollar acciones tendientes a la continuación de la implementación de un Programa de biodisponibilidad/bioequivalencia para ARV. Se define plan y cronograma para los ensayos Transcurrido el plazo estipulado la ANMAT podrá disponer de la suspensión de la comercialización.

	Dependencia	Acto Administrativo	Fundamentos	Decisión
Año 2004	Ministerio de Salud de la Nación	Resolución 267/2004 (marzo)	1-Aparición reciente de nuevos ARV y la aprobación para su uso en el país. 2-Formulación de modernos conceptos fisiopatológicos, hacen necesaria la elaboración de las Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento con ARV en Niños con VIH/SIDA.	Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del VIH en Pediatría.
	Ministerio de Salud de la Nación	Resolución 310/2004 (Abril)	Modificación de la Resolución N° 201/2002, mediante la cual se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud	Tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios y apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución a cargo de la Administración de Programas Especiales (APE), en los términos del decreto P.E.N. 53/98 los medicamentos incluidos en las Resoluciones Nros. 475/02-APE
	APE	Resolución 5656/2004 (junio)	Que el mercado farmacéutico ha desarrollado nuevas drogas de ineludible inclusión en la terapéutica. Que la propia patología del virus hace frecuente la aparición de comorbilidades siendo una de las de mayor incidencia la Hepatitis C. Que la experiencia ha demostrado que el abandono del tratamiento sin autorización del médico tratante es la principal causa de fallos terapéuticos haciendo conveniente imponer a los profesionales médicos la obligación de controlar la adherencia de los pacientes al tratamiento.	Se amplía el Formulario Terapéutico Se incorpora planilla de adherencia Las facturas o recibos de los medicamentos adquiridos deberán estar acompañados de sus correspondientes troqueles.
	ANMAT	Disposiciones 7459 a 7487/2004 (Noviembre)	Cada una de estas disposiciones de número consecutivo se refiere a distintos productos de diferentes laboratorios farmacéuticos que no iniciaron trámites para realizar los ensayos de biodisponibilidad/ bioequivalencia según los plazos establecidos.	Se procede a intimar a presentar el protocolo de investigación correspondiente, bajo apercibimiento de disponer la suspensión de la comercialización de su producto. Al superarse el plazo concedido a dicho fin surge que no se ha dado cumplimiento a la intimación efectuada, por lo que corresponde hacer efectivo el apercibimiento contenido en las citadas misivas. Se suspende la comercialización de cada uno de dichos productos.

