

## **Institucionalización histórica de la salud como *bien social* en Argentina**

*Historical institutionalization of health as a social good in Argentina*

**Rosana Abrutzky<sup>1</sup>**

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires -Argentina

**Cristina Bramuglia<sup>2</sup>**

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires -Argentina

-

**Cristina Godio<sup>3</sup>**

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires -Argentina

### **Resumen**

Este trabajo busca demostrar la forma en que históricamente en Argentina se ha institucionalizado una legislación adecuada que crea un conjunto de herramientas de política social que posibilitan la defensa de la salud como bien social. En este contexto el concepto de institucionalización significa que el estado ha incorporado legislación y normativa adecuada para el tratamiento de la salud como bien público. El objetivo es mostrar cómo la Argentina, cuya configuración de recursos naturales e inserción en la economía internacional la hace vulnerable a los vaivenes de la economía internacional, históricamente ha conseguido generar legislación apropiada en defensa de la salud como bien social. Nuestra argumentación se basa en tres vertientes: por un lado, desde el contexto socioeconómico se conjetura que las crisis económicas periódicas y recurrentes de la economía argentina han revelado la necesidad de que el estado, como articulador del sistema de salud, responda a las demandas sociales de provisión de servicios y medicinas a la sociedad. En un contexto de crisis recurrentes y periódicas se han diseñado herramientas de política pública en defensa de la autonomía del país para proveer medicinas vacunas e insumos médicos necesarios para preservar la salud de la población. En segundo lugar, desde el análisis historiográfico sobre la historia de la medicina y la salud pública, se identifican sujetos claves dentro del campo de la medicina y de la salud pública, y *sujetos políticos de la salud* o *sujetos de la salud pública* que

---

<sup>1</sup> Correo electrónico: [rabruzky@gmail.com](mailto:rabruzky@gmail.com)

<sup>2</sup> Correo electrónico: [cbramuglia@sociales.uba.ar](mailto:cbramuglia@sociales.uba.ar)

<sup>3</sup> Correo electrónico: [cgodio@gmail.com](mailto:cgodio@gmail.com)

son aquellos que han contribuido a diseñar e implementar políticas claves de salud. Finalmente, hay un aporte muy significativo de literatura especializada en estudios de estado y su capacidad de atesoramiento y aprendizaje de la relevancia de diferentes medidas de políticas según los diferentes contextos y los objetivos políticos de cada gestión. Se considera eficientes a los estados que construyen una *memoria institucional flexible* e identifican situaciones en las cuales hay un conjunto de herramientas o de normativas a aplicar. En este trabajo identificamos períodos históricos en los cuales el estado aplicó políticas adecuadas para asegurar la provisión de bienes públicos a la población independientemente de su ingreso, y concluimos que en la Argentina se han construido, históricamente, herramientas útiles para la aplicación de políticas de salud.

**Palabras clave:**

SALUD – BIENES SOCIALES – PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS Y VACUNAS – POLÍTICAS SOCIALES

**Abstract:**

This paper aims to demonstrate the way in which historically in Argentina adequate legislation has been institutionalized. These social policies are tools that enable the defense of health as a social good. In the context of this paper, the concept of institutionalization means that the state has incorporated adequate legislation and regulations for the treatment of health as a public good. The aim is to show how Argentina, whose configuration of natural resources and insertion in the international economy makes it vulnerable to the whims of international economy, has historically been able to generate appropriate legislation in defense of health as a social good. Our argument is based on two aspects: on the one hand, from the socioeconomic context it is conjectured that the periodic and recurrent economic crises of the Argentine economy have revealed the need for the State, as the articulator of the health system, to respond to the social demands of provision of services and medicines to society. In a context of continuous and random crises public policy tools have been designed in defense of local autonomy to provide public policy tools have been designed in defense of the country's autonomy to provide vaccine medicines and medical supplies necessary to preserve the health of the population. Secondly, from the historiographical analysis on the history of medicine and public health, key subjects are identified within the field of medicine and public health, *political subjects of health* or *subjects of public health* are identified who are those who have contributed to design and implement key health policies. Finally, there is a very significant contribution of specialized literature on state studies and their ability to hoard and learn the relevance of different policy measures according to the different contexts and the political objectives of each management. It is considered efficient to the states that build a *flexible institutional memory* and identify situations in which there is a set of tools or regulations to apply. In this paper we identify historical periods in which the state applied adequate policies to ensure the provision of public goods to the people regardless of their income, and we conclude in

*Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina/  
Rosana Abrutzky, Cristina Bramuglia y Cristina Godio*

Argentina useful tools for the application of health policies have been constructed in Argentina.

**Key words:**

HEALTH – SOCIAL GOODS – PROVISION OF MEDICATIONS AND  
VACCINES – SOCIAL POLITICS

Fecha de recepción: 19 de febrero de 2019

Fecha de aprobación: 13 de junio de 2019

# Institucionalización histórica de la salud como *bien social* en Argentina<sup>1</sup>

## Introducción

A partir del desarrollo de nuestras líneas de investigación (salud pública, sistema de salud argentino, el rol, funciones y organismos de estado como ente regulador y proveedor de servicios de salud y los actores, los procesos de innovación y desarrollo, desarrollos biotecnológicos, producción estatal de medicamentos, el complejo científico y tecnológico del cual dependen gran parte de estos establecimientos, en la Argentina) detectamos que a lo largo de su historia hubo períodos de gestión pública que sedimentaron marcos legales y políticas sociales específicas en defensa de la salud como *bien social*<sup>2</sup>, es decir un bien que forma parte del acervo de una sociedad

---

<sup>1</sup> In Memoriam Daniel Azpiazu. Daniel Azpiazu, realizó estudios seminales sobre la estructura económica, la conformación de grupos económicos en la industria argentina, los efectos de las políticas de estado en la población más vulnerable. Se comprometió con la autenticidad de la investigación, con la convicción de que el conocimiento sólo es útil como herramienta de cambio social. Azpiazu nos honró no sólo con su constante apoyo humano y académico sino, en especial con su amistad.

Agradecimientos: Agradecemos muy especialmente a Viviana Román y María Teresa Di Salvo del CEED de la Facultad de Ciencias Económicas quienes nos invitan anualmente a las Jornadas de la ECON a compartir interesantes debates. Compartimos nuestra preocupación por la salud como derecho ineludible de la población. Nuestro profundo agradecimiento a aquellos que nos impulsaron y posibilitaron nuestras investigaciones: Dres. Claudio Capuano, Martín Isturiz, Roberto Bisang, Oscar Cetrángolo, Ricardo Martínez y Daniel Azpiazu y muy especialmente a Daniel Heymann quien ha contribuido a interrogarnos y nos alienta a seguir adelante. Infinita gratitud a todos por su constante aliento y apoyo académico y humano. Las autoras nos responsabilizamos de los errores u omisiones del trabajo.

<sup>2</sup>Tanto la fundamentación teórica sobre el tratamiento de salud como bien social como las características de la industria farmacéutica están ampliamente analizadas en la literatura: Azpiazu 1999; Nochteff 1997; Katz 1974, 1987; Katz, Muñoz, Tafani 1988; Katz, Burachik, Brodovsky y Queiroz 1997; Katz, 1995; Bisang y Maceira 1999, González García 2005; Tobar 2002, 2004, Arrow, 1967; Sabel, 1988; Bramuglia, Abrutzky y Godio, 2012 y Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2017 entre otros. Desde la concepción de la teoría del bienestar se considera la salud como *bien meritorio*, un bien que forma parte del acervo de una sociedad porque es imprescindible para el desarrollo social y humano. En consecuencia, la atención y cuidado de la salud deberían ser

porque es imprescindible para el desarrollo social y humano. Este artículo es preliminar a pesar del intento de construir una mirada amplia que incluya aportes académicos de la sociología, las ciencias políticas y la historia de la ciencia en América Latina. Específicamente hay una rica literatura sobre propuestas metodológicas de análisis articulando una historia de la profesión médica, sistemas de salud e historias de actores claves o *sujetos de la salud pública* es decir aquellos que impulsaron y diseñaron avances en la construcción de instituciones. El análisis de esta literatura sobre políticas de salud, historiografía en la línea de estudios sociales sobre salud y enfermedad ofrece un ángulo diferente desde la biografía de los autores y muestra un recorrido desde esa óptica (Alvarez y Carbonetti (2008), Quevedo (2008)). Desde la mirada de las ciencias políticas y de las instituciones como Bertranou, Palacio, Serrano (2004) se analiza el comportamiento de las instituciones y el estado y se valora el accionar de estados que construyen una *memoria institucional* flexible, adaptable a los cambios y que utiliza su aprendizaje. En Visillac, Martínez y Boloniati (2007), Beltramino (2005), se analizan períodos clasificados desde el punto de vista de la política de salud. Cientistas sociales ofrecen un variado conjunto de literatura (Ramacciotti y Romero (2017); Beltramino (2005) tiene numerosas publicaciones de políticas específicas sobre salud. Vercesi (2010), Ramacciotti y Romero (2017) analizan el peronismo en diversas etapas y el Gobierno de Arturo Illia y el ministro Oñativia. Existe también una producción académica que analizan normativas en apoyo de la visión de la salud como bien social y los laboratorios estatales como instrumento (Bibiloni, A., Capuano, C, De Sarasqueta, G. Moyano, De Urraza, P, Santamarina, L. Roberts, A. Capdevielle y Milazzo, C. (2009), Cánepa (2014), Apella (2006), Isturiz (2015), Roman, di Salvo (2010)) y el trabajo constante y fecundo de colectivos sociales diversos que han apoyado e impulsado desde hace más de una década línea de iniciativas (Cátedra Libre de Derechos Humanos en Salud, Facultad de Medicina, UBA, CELS, Grupo de

---

accesibles al conjunto de integrantes de una sociedad, independientemente de su nivel de ingreso. Ante la presencia de marcadas imperfecciones de los mercados privados de atención médica y producción y provisión de medicamentos, y señala la necesidad de intervención por parte de las políticas públicas. En la provisión de servicios de salud —Teoría de la Agencia— los pacientes cuentan con insuficientes conocimientos acerca de la naturaleza de su enfermedad y de posibles tratamientos otorgando al médico un gran poder de comportamiento. Habiendo alguna imperfección esta teoría valida la participación activa del Estado, garantizando la óptima utilización de recursos al mínimo costo y el objetivo de equidad social.

Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial- INTI- entre otros).

En este artículo escogimos subrayar la política en salud de ciertos períodos en los cuales hubo diseños de políticas específicas en este campo que constituyen un soporte que sostiene la salud como bien social. Cabe destacar, sin embargo, que es analíticamente muy complejo desarrollar este análisis sin mencionar aquellos períodos históricos que no han apoyado políticas sustantivas que aporten al concepto de salud como bien social. Esto se debe a que son precisamente las crisis económicas y de sector externo las que ocasionan la valoración de ciertas políticas macroeconómicas respecto a otras.<sup>3</sup> Este conjunto de leyes constituyen herramientas de política estatal que posibilitan la organización de la provisión pública de medicamentos al sistema público de salud en forma gratuita a toda la población y/o otras políticas que permiten adquirirlas en forma accesible para la población argentina en conjunto, adaptación de sistemas de salud, creación de instituciones adecuadas, formas de coordinación de organismos estatales de hospitales y centros de atención de la salud, entre otras. Se destaca el concepto de *memoria institucional* del estado (Bertranou, Palacios, Serrano 2004) como responsable del diseño de políticas públicas para designar que el estado cuenta con un conjunto de leyes y normativas adecuadas para el tratamiento de la salud como bien público. Estas leyes aprobadas constituyen un corpus que se graba como *memoria institucional* de un estado cuando su objetivo es asumir la provisión de bienes sociales a la sociedad en su conjunto independientemente de su ingreso.

## 1. Desarrollo Analítico

La segunda mitad del siglo XIX y la primera el siglo XX estuvieron signada por la trayectoria de médicos quienes en el conocimiento de las causas y tratamiento de las enfermedades contribuyeron enormemente a la mirada de la salud como una cuestión social y de derecho de la sociedad en su conjunto.

Siguiendo la mirada historiográfica y de trayectorias de vida de los sujetos de la salud (Quevedo, en Alvarez, Carbonetti 2008), es muy interesante visualizar cómo los brotes epidemiológicos y la necesidad de medidas de prevención y profilaxis colectiva iniciaron una larga lucha entre la profesión médica que defendían sus derechos corporativos y la de aquellos que iniciaron medidas de sanitarismo (Alvarez, Carbonetti, 2008; Armus, 2019). La literatura consultada

---

<sup>3</sup>Por este motivo, en términos expositivos se escogió con frecuencia la opción de utilizar referencias a pie de página.

muestra que en este período hubo un fructífero intercambio de saberes entre médicos interesados por las causas y formas de transmisión epidemiológica en países de la región latinoamericana.

Resaltamos trayectorias de vida de sujetos de este período que crearon la concepción de salud pública, como cuestión colectiva y no como problemática individual y privada, y modificaron la percepción en los enfoques sobre salud-enfermedad. Emilio Coni fue un médico higienista, demógrafo, filántropo, escritor y estudioso de movimientos poblacionales, de hecho fue uno de los propulsores del primer censo nacional (1869). Sus registros sobre demografía y mortalidad en la Provincia de Buenos Aires, enriquecieron la historia local de la salud y la enfermedad en un contexto de epidemias varias que preocupaba a la elite de sociedad urbana. La trayectoria del médico José María Ramos Mejía muestra un perfil diferente asociado al modelo de funcionario estatal. Sus escritos firmados desde la dirección de la Asistencia Pública en la década de 1880 y desde la presidencia del Departamento Nacional de Higiene en la siguiente, asumían el carácter de informes institucionales donde la palabra del higienista era también la propia voz del estado. Es paradigmático el caso de Gumersindo Sayago, el médico santiagueño que realizó toda su carrera en la Universidad Nacional de Córdoba, epicentro de la reforma universitaria de 1918. Sayago fue uno de impulsores de la reacción contra la universidad aristocrática, movimiento que se reflejó también en el ámbito de otras instituciones públicas. El médico José M. Fernández, egresado en 1928 de la Universidad Nacional del Litoral, fue una figura destacada de la leprología argentina. Tuvo una intensa actividad académica y hospitalaria en Rosario, lleva el nombre suyo un hallazgo que hizo posible la diferenciación de los casos benignos y los contagiosos<sup>4</sup>. Un recorrido similar, en un momento posterior, tuvo el médico Rodolfo Arribálzaga, que desde la precariedad de las instalaciones sanitarias de Bragado, se enfrentó, en 1953, a la aparición de una enfermedad desconocida que comenzó a causar varias muertes

---

<sup>4</sup>Una de sus prioridades fue la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, que eran las que dominaban en la morbilidad y mortalidad de las ciudades. El espacio rural no contaba. *Por eso, no es abusivo señalar que en la Argentina las preocupaciones por la salud pública empezaron siendo urbanas, combinando en proporciones diversas y cambiantes sanitarismo, reforma social y reforma moral. Ese sesgo urbano —presente a todo lo largo del siglo XX— opacaría los intermitentes esfuerzos destinados a incorporar el mundo rural en la agenda de la salud pública.* En Armus, 2019. *De la salud pública a la salud colectiva.* Voces en el Fénix, N° 7. Recuperado en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/de-la-salud-p%C3%BAblica-la-salud-colectiva>.

entre trabajadores rurales y detectó la existencia de un nuevo virus que causa la enfermedad conocida como *mal de los rastrojos*.

La etapa de 1930 a 1943 es catalogada como la crisis de la profesión médica privada (Visillac, Martínez, Boloniati, 2007 y Alvarez, Carbonetti, 2008), y la literatura consultada coincide en afirmar que a partir de 1930 hubo mayor injerencia del Estado en el cuidado de la salud a raíz de algunos hechos de incipiente agremiación de los médicos, ya sea en defensa de sus intereses o para resguardar la ética de la práctica de la medicina. Este fue el contexto en el que el Ramón Carrillo, reconocido como el padre del sanitarismo argentino, quien desarrollaba una carrera brillante como investigador, se volcó hacia la epidemiología y la medicina social, vuelco que como funcionario lo llevaría a transformar la salud pública del país.

En síntesis, en esta etapa este conjunto de médicos y saberes sobre enfermedades infecto-contagiosas de la salud y de la región tales como cólera, fiebre amarilla, tuberculosis, mal de los rastrojos, Mal de Chagas, endémicos de la región propulsó un nutrido intercambio entre médicos de la región, que constituye el germen de lo que es hoy en el siglo XXI un programa de investigación propio de la región, con un equipo multidisciplinario desarrollado por la Red de Estudios Histórico-Comparativos de la Medicina y la Salud Pública Latinoamericanas, bajo la dirección de Emilio Quevedo con el apoyo de jóvenes investigadores y estudiantes de las Escuelas de Medicina y Ciencias de la Salud y de Ciencias Humanas de la Universidad del Rosario en Colombia<sup>5</sup>.

De 1943 a 1955, desde el golpe impulsado por el Grupo de Oficiales Unidos durante el primer peronismo hay un notable avance del sanitarismo, con la creación de lo que finalmente fue, en 1946, el Ministerio de Salud Pública de la Nación, la erradicación de epidemias como la sífilis, la tuberculosis y disminución de enfermedades endémicas como el Mal de Chagas y de la mortalidad infantil, durante

---

<sup>5</sup>La red está integrada por: Enrique Beldarraín y Gregorio Delgado (Cuba), Carlos Viesca Treviño, Ana Cecilia Rodríguez de Romo, Ana María Carrillo Farga y Gabriela Castañeda (México), José Miranda (Guatemala), Ligia María Peña (Nicaragua), Pablo Benítez (El Salvador), Ana Paulina Malavassi (Costa Rica y Panamá), Germán Rodas Chaves (Ecuador) Julio Néstor Núñez Espinosa (Perú), Soledad Zárate y Andrea del Campo (Chile), Jaime E. Bortz, Adriana Álvarez y Adrián Carbonetti (Argentina), Sandra Burgues (Uruguay), Silvia Waisse, Conrado Mariano Tarcitano Filho y Rachel Froes (Brasil) y Emilio Quevedo, Claudia Margarita Cortés, Mario Hernández, Juan Carlos Eslava, Marlín Téllez, Carolina Manosalva e Indira Rodríguez (Colombia).



la gestión de Ramón Carrillo, quien fue su Ministro<sup>6</sup>. En 1946 Perón, frente a un aumento desmesurado de los precios de los medicamentos, por el Decreto N° 23.394/46 creó EMESTA (Empresa Medicinal del Estado) a través de la Secretaría de Salud Pública<sup>7</sup>. Al poco tiempo de creado, este laboratorio estatal produjo 100 compuestos y los puso en venta, posibilitando el acceso a medicamentos básicos de buena calidad a un precio entre 50 y 75 por ciento más baratos que los similares de otros laboratorios, así su concepción de medicamento como bien social. En 1946 convirtió la Dirección Nacional de Higiene en el Instituto Bacteriológico Malbrán, institución central del complejo científico y tecnológico argentino, que aumentó la producción de sueros y vacunas como antígenos, penicilina y estreptomina y sulfamida, elementos de vanguardia tecnológica para la época. En abril de 1947 se firmó el Decreto N° 10.933, que declaró *de interés nacional* la industria de elaboración de penicilina y se instaló la compañía Squibb Sons, que en 1949 inició su elaboración local (Ramacciotti y Romero, 2017; Roman, V; Di Salvo (2010); Di Salvo M T y Roman, V (2008); Red Nacional de Laboratorios Públicos de Producción de Medicamentos)

Entre el período 1955-1966, durante la proscripción del peronismo, hubo un intento de descentralización de la salud<sup>8</sup>. Desde el año 1955 en adelante la tensión entre peronismo y anti-peronismo y de democracia versus gobiernos militares atravesó la historia de la medicina en la Argentina de los años cincuenta<sup>9</sup>. Gumersindo Sayago

---

<sup>6</sup>El caso de Ramón Carrillo, neurocirujano vinculado con el ámbito militar debido a su carrera en el Hospital Militar y que llegó a ser el Ministro de salud del peronismo. En forma similar a Félix Garzón Maceda, su gestión como ministro de salud estuvo tensionada por el avance de políticas sanitarias y las limitaciones que significaban su pertenencia a las filas del nacionalismo católico (el capítulo de Ramacciotti en Alvarez, Carbonetti, 2008).

<sup>7</sup>El Plan Analítico de Salud Pública, planificación de la acción de gobierno para el primer mandato presidencial de Juan Domingo Perón (1946-1955), estableció claramente como meta *crear un nuevo régimen que, en consonancia con los servicios asistenciales permita que todo habitante de la Nación, así se halle en el pueblo más remoto, tenga asistencia médica integral gratuita cuando carezca de recursos y a bajo costo o a costo libre, de acuerdo a sus medios económicos*. Ramacciotti y Romero, 2017.

<sup>8</sup>En el período de gobierno de Arturo Frondizi- 1958-1962- El Decreto 1375/57 estableció la descentralización paulatina de hospitales nacionales al ámbito de las provincias, la cual no pudo completarse por falta de capacidad de absorción del gasto de parte de las provincias, lo que ocasionó desatención de la población en los hospitales públicos (Visillac, Martínez, Boloniat, 2007).

<sup>9</sup>El advenimiento del peronismo inauguró una lucha por el control de esos espacios universitarios de los cuales Sayago fue separado, cobijándose nuevamente en la Sociedad de Tisiología, hasta que la Revolución Libertadora

se doctoró con un trabajo pionero sobre la evolución y propagación de la tuberculosis dedicó su vida a impulsar el estudio de esa enfermedad. Fundó la Sociedad de Tisiología, desde la cual logró impulsar la creación de la Cátedra y el Instituto de Tisiología dentro de la universidad.

En 1963-1966 el Gobierno de Arturo Illia y el ministerio de Oñativia constituyeron hitos en el diseño de políticas de salud. Se sancionaron las Leyes N°16.462 y N°16.463, conocidas conjuntamente como Ley Oñativia, en alusión al ministro que las impulsó. El esfuerzo por regular la provisión de salud se reflejó también en la implementación del Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias con el fin de analizar la información registrada en todo el territorio argentino<sup>10 y 11</sup>.

También en 1963 se creó el Laboratorio de Hemoderivados con fondos reservados de la presidencia (Decreto 3681/64) para el fraccionamiento de proteínas plasmáticas. El diseño y producción de estos compuestos implica un alto nivel de conocimiento científico, y posibilitó el desarrollo de una tecnología con la que el país no contaba hasta el momento. Hoy el Laboratorio Hemoderivados de Córdoba es una sociedad estatal que se autogestiona económica y financieramente en un 100%, y produce una variedad de productos de alta complejidad de origen biológico, como la albúmina humana. Todos sus productos cuentan con habilitación de ANMAT para su circulación en el país y en el exterior.

Las Leyes N°16462 y 16463 Nacional de Medicamentos, promulgadas en agosto de 1964, tuvieron un alto impacto político y social ya que regulaban la actividad farmacéutica. Sus aportes más

---

le restituyó el cargo que había ganado por concurso.

10Pèrgola, F (2013) Arturo Oñativia, sanitarista de fuste, en Hitos y Protagonistas. Revista Argentina de Salud Pública. Vol 4, n° 14. Recuperado de: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen14/47-48.pdf>

Sánchez Ariel Semblanza del Dr. Arturo Oñativia. En Storani, ME. Doctor Arturo Oñativia. *En Homenaje a los Grandes Maestros de la Endocrinología Argentina* (Lutfi RJ, editor). Buenos Aires, 2001. Recuperado de: [http://www.revistatiroides.com.ar/Revistas/16/RevGlandTir16\\_01.pdf](http://www.revistatiroides.com.ar/Revistas/16/RevGlandTir16_01.pdf)

<sup>11</sup>Página\_12\_(2014)\_Economía\_Medicamentos\_historia\_y\_dilemas Capuano, C. Recuperado de: [https://www.google.com.ar/search?rlz=1C1GGRV\\_enAR752AR752&ei=217HW9mXHMtG5Z24Bg&q=P%C3%A1gina\\_12+\\_+Econom%C3%ADa+\\_+Medicamentos%2C+historia+y+dilemas+Capuano.html&oq=P%C3%A1gina\\_12+\\_+Econom%C3%ADa+\\_+Medicamentos%2C+historia+y+dilemas+Capuano.html&gs\\_l=psy-ab.3...4415.5829.0.7867.1.1.0.0.0.87.87.1.1.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.0.0....0.F4eL2G5YkZc](https://www.google.com.ar/search?rlz=1C1GGRV_enAR752AR752&ei=217HW9mXHMtG5Z24Bg&q=P%C3%A1gina_12+_+Econom%C3%ADa+_+Medicamentos%2C+historia+y+dilemas+Capuano.html&oq=P%C3%A1gina_12+_+Econom%C3%ADa+_+Medicamentos%2C+historia+y+dilemas+Capuano.html&gs_l=psy-ab.3...4415.5829.0.7867.1.1.0.0.0.87.87.1.1.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.0.0....0.F4eL2G5YkZc)

significativos son el polémico artículo 4to que establecía como potestad del Poder Ejecutivo la regulación de la calidad, control, producción, importación y distribución de drogas, medicinas y vacunas, pero además contemplaba la expropiación de medicamentos en caso de emergencias sanitarias o epidemiológicas. Ante incumplimiento de esta normativa el artículo 5° establecía penas que iban desde multas, clausura e inhabilitación definitiva en el ejercicio de la actividad o profesión y el comiso de los bienes (Roman, V, Di Salvo, 2010; Godio, Abrutzky, Bramuglia, 2017; Cánepa, 2014; Ramacciotti, Romero, 2017).

El período 1966-1973 constituye una de las *etapas* de políticas de salud tendieron a perjudicar la salud pública. La *Revolución Argentina*, se inició con el golpe de Onganía, hasta el segundo gobierno peronista se aplicaron medidas tendientes a una paulatina liberalización de la industria farmacéutica, hubo aumentos de los precios de los medicamentos y, si bien se aplicaron medidas para evitar la tendencia alcista tales como congelamiento de precios y rebajas a medicamentos sociales, éstas no resultaron por falta de credibilidad de que el Estado interviniera en la comercialización. Veronelli y Veronelli Correch (2004: 617, citado en Ramacciotti, Romero, 2017) afirman que *este tipo de políticas propiciaron el terreno para que las políticas aplicadas después del '76 de desregulación, concentración, centralización y transnacionalización de la economía argentina afectaran sensiblemente el mercado de producción y comercialización de medicamentos*. Sin embargo, en sus dos mandatos como Ministro de Bienestar Social en los años 1970 y 1971, Francisco Manrique creó la obra social para jubilados y pensionados a cargo del Instituto Nacional de Servicios Sociales a Jubilados y Pensionados (INNSP) y el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), una institución fundamental en el sistema de salud argentino ya que brinda asistencia médica integral a las personas mayores. Actualmente se estima que atiende las necesidades de alrededor de 5 millones de jubilados y sus familiares a cargo, pensionados y veteranos de Malvinas. La forma de atención de salud con la gestión y de provisión de calidad y costo de medicamentos es clave para este estrato de la sociedad. El PAMI representó en 2015 el 35% de la demanda de los laboratorios estatales (Isturiz 2015) y esta demanda fue creciente en los últimos cuatro años con la creación del ANLAP (Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2019).

Entre 1973 y 1976 subió democráticamente al poder el segundo peronismo en Argentina que sostuvo, como durante su primera gestión, los principios de independencia económica y de defensa de la distribución del ingreso con la noción de fortalecer el Estado para que pueda cumplir el rol de proveedor de bienes sociales. La Ley 20748, en

su artículo 1° expresa que *se declara a la salud derecho básico de todos los habitantes de la República Argentina* y afirma que *a tales efectos el Estado Nacional asume la responsabilidad de efectivizar este derecho, sin ningún tipo de discriminación*. Incluye en la Constitución Nacional de 1949 el concepto, ausente en la de 1953, de que la salud es un derecho constitucional. Esta Ley compromete al Estado a fijar *como meta a partir del principio de solidaridad nacional su responsabilidad como financiador y garante económico en la dirección de un sistema que será único e igualitario para todos los argentinos*. El gobierno de facto de 1955 deroga por decreto el texto constitucional y la reforma realizada por la Convención Constituyente de 1957 no incluye el derecho a la salud en su texto.

El proyecto del Sistema Integrado Nacional de Salud formulado por el Ministro Domingo Liotta, quien fue nombrado con ese propósito y acompañado por un equipo integrado por Aldo Neri, Carlos Canitrot y Mario Testa, sufrió modificaciones por las presiones del sector sindical, y fue sancionado en septiembre de 1974 mediante las Leyes 20748 de creación del Sistema Nacional Integrado de Salud y 20749 de Carrera Sanitaria Nacional (Ley 20748 /74). El proyecto inicial era centralizar en el estado la responsabilidad y diseño de un sistema hospitalario fuerte y eficiente al alcance de toda la población independientemente de su cobertura, delegando a las obras sociales la atención ambulatoria. Este Sistema se aprueba con modificaciones sustantivas en la gestión de López Rega, luego de la muerte de Perón (Ierace, 2008). La conflictividad social

Ha eclipsado la memoria de este proceso que, aunque limitado en su concreción, introduce aspectos conceptuales novedosos respecto de la organización sanitaria del país, planteando la creación de un sistema nacional con fuerte papel del estado y con cobertura universal, que integra progresivamente a los otros subsectores en un importante esfuerzo por superar las deficiencias que el sistema sanitario presentaba en la primera mitad de la década de 1970<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup>Ierace sostiene, revalorizando este sistema, que *Es interesante destacar que el proyecto original establecía la integración de manera obligatoria de todos los efectores dentro del Sistema de Salud. La oposición cerrada del sindicalismo organizado determinó que en el proyecto definitivo la incorporación quedara librada a la voluntad de los interesados. El artículo 36 expresa que 'las obras sociales mencionadas en este artículo podrán incorporarse, a solicitud de las mismas, total o parcialmente al Sistema Nacional Integrado de Salud, mediante convenios especiales en forma similar*

Este período es destacable ya que instala en la Constitución Nacional que la salud es un derecho constitucional, lo cual constituye otro hito en la historia sobre políticas contundentes en defensa de la salud como bien social.

El advenimiento de la democracia en 1983 posibilitó la reapertura del debate sobre la necesidad de fortalecer el sistema público de salud y de la necesidad de ampliarlo a toda la sociedad, sin distinciones de cobertura social<sup>13</sup>. Con la asunción de Raúl Alfonsín a la Presidencia y de Aldo Neri al Ministerio de Salud de la Nación se defendió vehementemente la concepción de la salud, educación y vivienda como bienes sociales. El proyecto de Alfonsín tuvo dos ejes complementarios. El primer pilar de su política fue la creación del Plan Alimentario Nacional, PAN, cuyo objetivo fue la erradicación total del hambre, con la noción de que fuese un programa de desarrollo social integral y no sólo alimentario; este plan tuvo diversas dificultades en su implementación. El segundo eje consistió en la creación de un Seguro Nacional de Salud. El Seguro proponía una tendencia hacia la descentralización de la gestión de los servicios de salud en manos de las provincias (Maceira, 2008). El objetivo era facilitar el acceso a los productos medicinales de la población más vulnerable sin capacidad de compra de medicamentos y sin cobertura médica. Se creó el Fondo de Asistencia en Medicamentos (FAM), un listado limitado de medicamentos básicos. Al no estar centralizado, el FAM delegaba la gestión a las provincias y los medicamentos llegaban al nivel hospitalario. Sin embargo, el proyecto de Ley de Seguro Nacional de Salud, aprobado hacia el final del mandato presidencial, en la práctica

---

*a lo previsto en el art. 4º. Posteriormente agrega que las obras sociales no adheridas al sistema deberán, en todos los casos, dentro del área programática, coordinar su planificación y acciones de salud con el sistema nacional integrado de salud, a través de sus organismos competentes. En el artículo 37 dispone que en caso de emergencia sanitaria nacional, provincial o regional declarada por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, los establecimientos y servicios asistenciales de las obras sociales están, mientras dure la emergencia, afectados y subordinados a la administración federal del sistema nacional integrado de salud y deberán dar cumplimiento a las directivas que al efecto les imparta la autoridad sanitaria nacional.*

<sup>13</sup>El período 1976-1983 se inicia con el golpe de Estado de la Junta Militar que avasalló cruelmente el derecho a la vida, toda forma de expresión humana y política, creó un clima de terror social, la construcción de campos de detención y tortura, culminando con la desaparición de más de 30 personas. En este contexto de terror se cesantearon médicos y trabajadores de los hospitales y centros de salud. La atención pública fue desatendida y se consideró la salud como una cuestión individual a cargo de las familias.

no llegó a implementarse debido a que la reglamentación de varios de sus aspectos distorsionó el espíritu de la ley, especialmente la realizada durante el gobierno de Carlos Menem (1989-1999). En este sentido resultan muy interesantes las observaciones de Laura Golbert (en Bertranou y Serrano, 2004) quien señala que ambos proyectos son muy innovadores y constituyen un fuerte instrumento de política social, y sin embargo en un momento tan crítico como los meses finales de 1989 se abandonaron.

En el gobierno de Carlos Menem se implementó la reforma del Estado en Argentina, como estrategia de salida de los intensos y recurrentes fenómenos de hiperinflación que el país soportó en 1989/90. Efectivamente, la hiperinflación de este período puso en evidencia los costos que el manejo monetario irrestricto y el uso y abuso del impuesto inflacionario habían impuesto a la economía, y la sociedad y el gobierno consideraron la estabilización de precios como una prioridad básica (Heymann, 2006). Asimismo, a principios de la década del noventa se produjeron cambios en el marco regulatorio de la producción de especialidades medicinales. Se quebró definitivamente el modelo sustitutivo de importaciones caracterizado por la existencia de barreras arancelarias a la entrada de importaciones. Por un lado, se produjo el proceso de apertura de la economía y, por otro, se sancionó una nueva Ley de Patentes<sup>14</sup>. Como resultado, se produjo un cambio drástico en el contexto en el cual operaban las empresas farmacéuticas. La desregulación de los mercados se cristalizó en medidas tendientes a la liberalización de precios, supresión de regulaciones a las inversiones extranjeras y a los flujos internacionales de capital. Beltramino (2005) plantea la hipótesis de que desde 1991 a 2001 hay una *década perdida* para la atención médica en el país. Este período caracterizado por una fuerte política de descentralización de recursos financieros, servicios públicos y de salud, obteniendo fondos del Banco Mundial (BM) para financiar diseños de políticas de salud, consideró la salud como un tema individual en consonancia con la privatización de recursos y servicios. Sin embargo, en 1992, por decreto del Poder Ejecutivo Nacional, creó

---

<sup>14</sup>La apertura externa en esta industria se realizó en aproximadamente dos años. Entre octubre de 1989 y noviembre de 1991 se sucedieron 13 reformas o modificaciones en la configuración de los niveles arancelarios. Al final de este período el arancel nominal descendió de 26,5% a 11,7%, respectivamente. El arancel máximo se contrajo de 40% a 22% y el mínimo se mantuvo en 0%. La estructura arancelaria fue modificada nuevamente en 1992 y 1994, provocando un abaratamiento relativo de los medicamentos y productos farmacéuticos importados. La tasa de protección nominal se redujo entre 1990 y 1995 en alrededor de 20 puntos porcentuales, de 26,7% en 1990 a 7,7% en 1995 (Bramuglia, C., Abrutzky, R. y Godio, C, 2012).

una institución clave para la salud pública argentina: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Este organismo de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la República Argentina tiene por misión analizar la calidad y para la aprobación de los medicamentos que circulan en el país. Las funciones de este organismo son importantísimas ya que analiza los niveles de calidad y la necesidad de aprobación rigurosa de medicinas y vacunas que circulan en el país. Cabe destacar los efectos nefastos en primer lugar en la salud de la población y también en la propia estructura de industria farmacéutica nacional (Azpiazu, 1999, Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2008, 2010 y 2017 y Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2017) referidos a que la desregulación tarifaria afectó específicamente la integración vertical tradicional de producción de insumos y productos finales nacionales con efectiva protección arancelaria evitando competencia. La apertura destruyó la producción local de insumos y aumentó la concentración y extranjerización: Las corporaciones importan insumos de sus casas matrices y la elaboración se realiza en el país y mucha de ella se exporta, aumentando significativamente el costo relativo de los medicamentos. Existe una rica literatura sobre este tema que avala los argumentos muy sintéticamente presentados en este artículo y desarrollados en otras investigaciones<sup>15</sup>. La literatura especializada coincide en afirmar que

---

<sup>15</sup>La investigación y Desarrollo en la Argentina, en especial la farmacéutica, es realizada por el estado y sus organismos y el financiamiento es nacional. Los períodos de maduración de estas inversiones son superiores a los veinte años y son muy costosos e inciertos sus resultados. En Argentina las multinacionales no realizan estas inversiones que se concentran en casa matrices. Desde el año 2014 en adelante el estado apoya la creación de *clusters* de conocimiento biotecnológicos virtuales y/o redes de intercambio de conocimiento para el desarrollo de vacunas antitumorales y terapéuticas y tratamientos inmunológicos contra el cáncer; incorporando una vacuna específica y estudios y desarrollo de terapias con células madre y se desarrolló un Polo Farmacéutico, financiado por los Proyectos Integrados de Aglomerados Productivos (PITEC). Así se crearon *joint ventures* público-privados entre organismos del estado y empresas, muchas de ellas extranjeras. Hay un extenso debate sobre la *transferencia ciega de tecnología*. Un estudio (Becerra, Codner, Diaz, 2012) muestra que hay indicios que la I y D local es utilizada en gran medida en el extranjero. El trabajo citado se realizó en base a una muestra tomada en la Universidad Nacional de Quilmes entre 1999 y 2010. El 53% de las solicitudes de patentes analizadas fueron presentadas por empresas extranjeras; el 30% tienen como titulares a instituciones públicas de ciencia y tecnología, y el 17% a titulares individuales. El 13% de las patentes fue solicitado por inventores individuales, que podrían comercializarlas o hacer emprendimientos de *joint-ventures*. El tiempo transcurrido entre la

los efectos de la política de salud en un contexto de política económica de apertura hacia el exterior fueron tan negativos que explican la crisis sanitaria de la Argentina con posterioridad al fin de la convertibilidad económica a fines del año 2001. La aguda crisis económica, social y política tuvo efectos devastadores sobre atención de la salud. Hubo graves episodios de desabastecimiento de insumos y reactivos hospitalarios, insumos para la industria farmacéutica, de medicinas oncológicas, contra el HIV y vacunas infantiles. Esto desembocó en la declaración de Emergencia Sanitaria y en la aplicación de un conjunto de medidas de políticas de salud implementadas desde el año 2002 para posibilitar el abastecimiento de medicinas y vacunas a precios accesibles al conjunto de la sociedad (Beltramino, 2005; Tobar, 2002; Abrutzky, Bramuglia y Godio, 2003).

La intensidad de la crisis económica, social y política fue muy alta. En enero de 2002 asumió Eduardo Duhalde como Presidente, quien nombró a Ginés Gonzalez García como ministro de Salud hasta 2007. Ginés García Gonzalez apoyó políticas sanitaristas, en su ministerio se aplicó un plan basado en la educación sexual y el acceso a anticonceptivos, en el Programa de Procreación Responsable y Salud Reproductiva. Gonzalez García apoyó la despenalización del aborto, distribuyó una guía para la atención de estos abortos no punibles con el fin de evitar la judicialización de los casos y manifestó su apoyo a la aprobación de la Ley en el año 2018.

Se aprobó la Ley de Emergencia Pública, por la cual la Argentina salió del sistema de convertibilidad y anunció la devaluación del peso, estableciendo la *pesificación asimétrica* donde las deudas contraídas en dólares fueron pesificadas a razón de un peso por dólar.

El Poder Ejecutivo decretó el estado de Emergencia Sanitaria (Decreto 486/2002) e implementó un conjunto de proyectos para facilitar el acceso a los medicamentos a la población económicamente más vulnerable. La Política Nacional de Medicamentos (PNM) desplegada a partir de 2002 tuvo tres ejes fundamentales. El primero, fue la sanción de la Ley N°25649 de Prescripción de Medicamentos por

---

publicación del artículo científico y la solicitud de la patente es muy variable y oscila entre los 0 y 13 años, con una media de 6,9 años. El 10% de las patentes se han solicitado dentro de los dos años de publicación del artículo, lo cual podría ser un indicador del potencial tecnológico del conocimiento. Finalmente del análisis surge que en el 63% de los casos, los resultados de investigación brindaron pruebas científicas o aportaron algún método de producción o técnica, lo cual refleja que las empresas productoras que patentaron la innovación recibieron externalidades positivas. El conocimiento científico y tecnológico de la UNQ aportó conocimiento indispensable para que estas empresas patentaran sus innovaciones.(Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2017).



Nombre Genérico, el Plan Remediar + Redes, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, el Programa de Hospitales Públicos de Autogestión y el Plan Médico Obligatorio. El principal objetivo de la Ley de Prescripción por Nombre Genérico fue el de posibilitar a los consumidores prescindir de la marca comercial elegida por el médico y acceder a otra marca de menor precio que contuviera la misma droga. El Plan Remediar + Redes consistió en la creación de Centros de Atención Primaria de Salud en los cuales se atendió en forma gratuita a una población estimada en 15 millones de personas, recibiendo la medicación necesaria para tratar la casi totalidad de las patologías ambulatorias y algunas crónicas por el término de dos años en todo el país y funcionó hasta 2017. En términos conceptuales, el Plan Nacional de Medicamentos atendió a los derechos sociales establecidos por convenciones internacionales como los refrendados por la Organización de Naciones Unidas y los derechos establecidos en la Constitución Nacional. En base a estos conceptos y al análisis de los contenidos de estas políticas, se puede afirmar que el Plan Nacional de Medicamentos constituye una herramienta tendiente a afirmar los derechos sociales de toda la población, porque tiende a facilitar el acceso a la salud a toda la población. El vademécum utilizado por el Programa Médico Obligatorio, elaborado por especialistas del Ministerio de Salud de la Nación y aprobado por expertos de la OMS y del BID, cubre entre el 70 y el 80% de las patologías más comunes en la atención primaria, incluyendo tratamientos alternativos para los problemas de salud más frecuentes, algunas enfermedades crónicas y los problemas comunes del embarazo. El objetivo específico del programa fue la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios. El Plan Remediar fue formulado como estrategia central del Ministerio de Salud de la Nación Argentina para afrontar la emergencia social y sanitaria, garantizando el acceso del sector más vulnerable de la población a los medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica en los establecimientos del primer nivel de atención, denominados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS). La Ley 25649 redujo el costo en medicamentos de las familias estimadas por el IPC, el Plan Remediar + redes que se continúa en la actualidad y se denomina CUS y consiste en la distribución de medicamentos gratuitos en los centros hospitalarios y de atención primaria (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2008, 2010 y 2017).

En la gestión de Mauricio Macri iniciada en el año 2016 se reemplazó por la Cobertura Universal de Salud (Resolución 475/2016), que busca que toda la sociedad, en especial los grupos más vulnerables, tengan acceso a los servicios ya sea de promoción, prevención, curación, rehabilitación o cuidados paliativos.

Entre los años 2002 al 2015 se consolidó la sanción de leyes que institucionalizaron la salud como bien social en la Argentina. El tercer gobierno peronista continuado por Néstor Kirchner —2003-2007— y Cristina Fernández de Kirchner —2008-2015— fue un período en el cual se consolidó la institucionalización de la salud como bien social. En el año 2011 y por la intensa gestión de colectivos en defensa de la salud como bien público (Cátedra Libre de Derechos Humanos en Salud, Facultad de Medicina, UBA, CELS, Grupo de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología entre otros) se aprobó la Ley 26.688/2011 de Investigación y Producción Pública de Medicamentos como bienes sociales. Esta Ley es una herramienta fundamental del estado para asegurar la disponibilidad de medicamentos, vacunas e insumos médicos. El propósito es el proveer medicamentos a los Programas nacionales y propender la investigación y el desarrollo de nuevos productos, formulaciones, aplicaciones, métodos y todo aquello relacionado al campo de los medicamentos y su vinculación con la mejora de la salud de la población y con su relevancia y pertinencia social para conjunto del país.

Finalmente, los Ministerios de Salud y de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la Nación en forma conjunta impulsaron la sanción de la Ley 27.113/1<sup>16</sup>, que establece la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, otra herramienta muy importante para coordinar la Red de Laboratorios Públicos. Es un organismo estatal autárquico dependiente directamente del Ministerio de Salud de la Nación creado para: 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

---

<sup>16</sup>Este organismo cumplió en este período con los objetivos para la cual fue creada, ya que financiando e impulsando habilitaciones y convenios de distribución entre las plantas reduce el alto nivel de capacidad ociosa de los mismos (Maceira, 2010; Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2017; Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2012). Los laboratorios estatales no son fijadores de precios en el mercado, excepto que sean los únicos oferentes ya que abastecen mayoritariamente al sistema público de salud. Hay ciertos medicamentos e insumos que llegan a los hospitales a través de diferentes Programas y no registran un precio monetario, La forma de compra proveniente de laboratorios privados se realiza mediante licitaciones anuales, con entregas programadas y al menor precio dentro de los laboratorios que se presentan a la licitación, no siempre el más bajo del mercado (Isturiz 2015, Maceira, 2010, Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2017).

asistencia técnica y gestionar convenios para la formación y capacitación de los recursos humanos en los laboratorios estatales; coordinación (en el Marco del Consejo Federal de Salud) de 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.

En el gobierno de Mauricio Macri entre 2016 y 2019 se modificó algunos pilares de la política vigente iniciada en Argentina en el año 2002. La idiosincrasia expresada por la gestión actual del gobierno nacional no apoya ni fomenta la ampliación de funciones del estado ni crea industria pública. Sin embargo, la creación de un organismo como la ANLAP ha recibido financiamiento y se amplió la red de laboratorios estatales los cuales recibieron subsidios para ampliar su producción y su distribución de medicamentos y vacunas. La literatura sobre laboratorios estatales (Tobar, 2002; Bibiloni, Capuano, De Sarasqueta, Moyano, De Urza, Santamarina, Roberts, Capdevielle y Milazzo, 2005 y 2009, Isturiz, 2015, Maceira, 2010; Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2017; Bramuglia, Abrutzky, Godio, 2012).

Se crearon nuevos laboratorios, se financiaron aumentos de la capacidad productiva de algunos laboratorios y se amplió la gama y variedad de productos elaborados<sup>17</sup>. La Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) ha manifestado en varias ocasiones la importancia de que produzcan productos huérfanos y los destinados a enfermedades endémicas de diferentes regiones del país y de productos antes importados (antiretroviral, cannabis y reactivos para la detección de enfermedades y vacunas). En los últimos cuatro años se han concretado acuerdos de cooperación entre diferentes laboratorios y con instituciones que proveen tecnología.

En el año 2018 la ANLAP firmó (2018) 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- Consejo de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA) —para que puedan acceder a la producción pública de medicamentos—.

---

<sup>17</sup>Los nuevos laboratorios son: el laboratorio del Fin del Mundo en Ushuaia, INFOBIAL en Tucumán, Laboratorio Farmacéutico de la municipalidad de Córdoba, el Laboratorio Farmacéutico de la municipalidad de Córdoba, La Planta de Especialidades Medicinales (PEM) en Córdoba, entre otros.

Concluimos que frente a la crisis el apoyo a la producción de medicamentos fue debido a la construcción de herramientas adecuadas de política pública desde el año 2002 en adelante la causa de que esta gestión nacional apoye y financie los laboratorios estatales. Fue la existencia de este instrumento tan reclamado por los impulsores de la producción estatal de medicamentos (Cátedra Libre de Derechos Humanos en Salud, Facultad de Medicina, UBA, CELS, Grupo de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial- INTI- entre otros).

### **Reflexiones Finales**

El recorrido desarrollado muestra que a lo largo de la historia se ha desarrollado en Argentina un corpus de leyes que constituyen un conjunto de herramientas que el estado puede utilizar y aplicar. Sostenemos que se ha creado un cuerpo normativo que habilita a la gestión pública a defender la salud como bien social, y son aptas para atender la salud de la población de la Argentina, las situaciones epidemiológicas, la coordinación del conjunto de los laboratorios estatales y el aprovechamiento de la capacidad instalada y del plantel de equipos científicos formados y cuestiones como legislación adecuada para la regulación de precios de medicamentos, medidas de coerción del estado en situación de crisis o casos epidemiológicos, entre otras.

Respecto a la producción estatal de medicamentos, muchos de los laboratorios públicos se formaron como desprendimientos de organismos que integran el complejo científico tecnológico y universidades. El impulso que tuvieron en diferentes gestiones de gobierno, atesorada en la memoria institucional del estado se revitalizó y desarrolló desde el año 2002 hasta la actualidad. Esta producción por su bajo costo de producción —aunque sean éstos difíciles de estimar— la calidad de los productos y variedad de productos, desde los medicamentos básicos, aquellos huérfanos, sin interés económico para la industria privada, hasta los destinados a enfermedades endémicas de la Argentina, otorga a los estados autonomía para proveer medicinas y vacunas al sistema público de salud y si se distribuyen al público su bajo daría opciones de elección a la población. En términos de Bertranou, la aplicación de toda una legislación de apoyo a la producción estatal de medicamentos y vacunas es una herramienta que diferentes gestiones de gobierno han reutilizado y perfeccionado.

Respecto a la legislación conocida como Ley Oñativia (artículo 4to), derogada inmediatamente después del golpe de Onganía, contemplaba medidas por parte el estado de hasta la expropiación de

medicamentos en casos de necesidad sanitaria o de epidemias, nunca se restableció en esos términos, sin embargo durante el gobierno de Raúl Alfonsín hubo una ardua negociación con la empresa Eli Lilly cuando en el año 1985 cerró su planta de insulina en la Argentina siendo el único proveedor del país. El equipo de su ministro Aldo Neri y su equipo realizaron una negociación de un año hasta que inició la producción de insulina porcina la empresa Laboratorios Beta S.A. en la Argentina.

En el año 2018 la economía argentina ha tenido otra de sus históricas crisis de sector externo y enfrenta un fuerte ajuste fiscal. Aun cuando el análisis de los aspectos macroeconómicos de los ajustes no es el tema de este artículo, es interesante señalar algunas cuestiones que interpelan las soluciones escogidas por la gestión del gobierno nacional. En el contexto actual de la economía, con altos índices de endeudamiento y depreciación de la moneda, sujeta a los vaivenes económicos de los mercados internacionales y una industria farmacéutica altamente concentrada y extranjerizada la producción estatal de medicamentos se convierte, luego de lo que denominaremos la institucionalidad de la salud como bien social, constituye una herramienta fundamental de política pública que permite al estado abastecer de medicinas y vacunas al sector público de salud.

## **Referencias bibliográficas**

- Abrutzky, R., Bramuglia, C. y Godio, C. (2008). *Estudio de una política en salud: Ley de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar*. Anales. Asociación Argentina de Economía Política. XLIII Reunión Anual. Recuperado de <http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2008/abrutzky.pdf>
- Abrutzky, R., Bramuglia, C. y Godio, C. (2010). *Diseño de políticas y el Sistema de Salud en la Argentina*. Medicina y Sociedad. 30 (2), 1-9.
- Abrutzky, R., Godio C. y Bramuglia, C. (2017). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. *Anuario del CEEED*, 9, 59-90. Recuperado de <http://www.economicas.uba.ar/wp-content/uploads/2017/06/03-Abrutzky-Godio-Bramuglia1.pdf>
- Alvarez, A, Carbonetti, A (2008). *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: un recorrido por historias de vida*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Recuperado en <https://books.google.com.ar/books?id=W4b3aJJ33M4C&pg=PA34&lpg=PA34&dq=Emilio+Quevedo.+Saberes+y+practic+medicas&source=bl&ots=okStlmJHi&sig=ACfU3U3r>
- Apella, I. (2006). *Acceso a medicamentos y la producción pública de medicamentos. Caso argentino*. Buenos Aires: CEDES. Recuperado de [http://www.cedes.org.ar/publicaciones/ndoc\\_c/26.pdf](http://www.cedes.org.ar/publicaciones/ndoc_c/26.pdf)

- Armus, D (2019). *De la salud pública a la salud colectiva*. Voces en el Fénix. Recuperado en: <http://www.vocesenelfenix.com/content/de-la-salud-p%C3%BAblica-la-salud-colectiva>
- Arrow, K. J. (1967). *Values and Collective Decision Making*. En Laslett, P. y Runciman, R. G., *Philosophy, Politics and Society* (pp. 338-352). Oxford: Basil Blackwell.
- Azpiazu, D. (comp.) (1999). *La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo. Las industrias láctea, farmacéutica y automotriz*. Buenos Aires: Norma/FLACSO.
- Basualdo, E. (2010). *Estudios de historia económica argentina. Deuda externa y sectores dominantes desde mediados del siglo XX a la actualidad*. Buenos Aires: FLACSO/Siglo XXI Editores.
- Beltramino, S. (2005). *Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina*. *Revista Salud Colectiva*, 1 (2). Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200003&script=sci_abstract)
- Bertranou, Palacio, Serrano (2004). *En el país del no me acuerdo. (Des) memoria institucional e historia de la política social en la Argentina*. Buenos Aires: Prometeo Libros. Recuperado en: <http://prometeoeditorial.com/libro/19/En-el-pais-del-no-me-acuerdo>
- Bibiloni, A., Capuano, C., De Sarasqueta, G., Moyano, De Urraza, P., Santamarina, L., Roberts, A., Capdevielle y C. Milazzo (2009). *Innovación tecnológica y política de medicamentos*, Facultad de Ciencias Exactas, UNLP / Facultad de Medicina, UBA. En: [old.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/fenix.doc](http://old.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/fenix.doc)
- Bisang, R., Cogliatti C., Groisman, S., Katz, J. (1986). *Insulina y Economía Política: El difícil arte de la Política Pública*. En *Desarrollo Económico* N° 103, diciembre, 1986. Recuperado en: <https://www.jstor.org/publisher/ides?refreqid=excelsior%3Abf3fff98433ebf9cd1c345eb55172c13>
- Bisang R. y Cetrángolo, O. (2008). *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentina*. *Boletín CEDES*, 39. Recuperado de: [http://www.cedes.org.ar/publicaciones/ndoc\\_c/39.pdf](http://www.cedes.org.ar/publicaciones/ndoc_c/39.pdf)
- Bisang R. y Maceira, D. (1999). *Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral. LITTEC Laboratorio de Investigación sobre Tecnología, Trabajo, Empresa y Competitividad*. Buenos Aires: Instituto de Industria de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997). *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7379/S9700018\\_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7379/S9700018_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bramuglia, C., Abrutzky, R. y Godio, C. (2012). *Análisis de la industria farmacéutica estatal en Argentina*. (Documentos de Jóvenes Investigadores, N° 34) Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dji34.pdf>

- Cánepa, A. (2014). *Producción estatal, para poner remedio a las medicinas*. Buenos Aires: IADE. Recuperado de <http://www.iade.org.ar/noticias/produccion-estatal-para-poner-remedio-las-medicinas>
- Canitrot, A. (1980). *La disciplina como objetivo de la política económica. Un ensayo sobre el programa económico del gobierno argentino desde 1976*. Desarrollo Económico, 19 (76), pp. 453-475.
- Capuano, C. (18 de febrero de 2014). *Medicamentos, historia y dilemas*. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-240070-2014-02-18.html>
- Capuano, C. (2014). *Medicamentos, historia y dilemas*. Recuperado de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-240070-2014-02-18.html>
- Di Salvo, M. T. y Roman, V. (2009). *La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario*. Anuario CEEED, 1 (1), 107-134. Recuperado de: <http://www.economicas.uba.ar/wp-content/uploads/2016/03/CEEED-La-empresa-p%C3%BAblica.pdf>
- Donnell, G. (1982). *El Estado burocrático-autoritario. Triunfos, derrotas y crisis, 1966- 1973*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Heymann, D (2006). *Buscando la tendencia: crisis macroeconómica y recuperación en la Argentina en Serie Estudios y Perspectivas*, N° 31 en Comisión Económica para América Latina. Oficina de Buenos Aires. Recuperado de: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4858/1/S0600196\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4858/1/S0600196_es.pdf)
- González García, G. y Tarragona, S. (2005). *Medicamentos, Salud, Política y Economía*. Buenos Aires: ISALUD. Recuperado de <https://farmacomedia.files.wordpress.com/2011/08/medicamentos-salud-politica-y-economia-garcia-gonzalez-garccada-isalud-ac3b1o-2005.pdf>
- Ierace, V. (2008). *El sistema nacional Integrado de Salud, hacia una revalorización*. Recuperado de [https://www.siicsalud.com/acise\\_viaje/ensucias-profundo.php?id=138279](https://www.siicsalud.com/acise_viaje/ensucias-profundo.php?id=138279), el 22-11-2018.
- Isturiz, M. (2015). *La producción estatal de medicamentos en la Argentina*. Voces en el Fénix, 17. Recuperado de <http://www.vocesenelfenix.com/content/la-produccion-estatal-de-medicamentos-en-la-argentina>
- Katz, J. (1995). *Salud, innovación tecnológica y marco regulatorio: Un comentario sobre el informe del Banco Mundial Invertir en Salud*. Desarrollo Económico, 35, 309-316.
- Katz, J. y Bercovich, N. (1990). *Biotecnología y economía política. Estudios del caso argentino*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Katz, J., Arce, H. y Muñoz, A. (1993). *Estructura y comportamiento de los mercados de Salud*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Ley de Emergencia Sanitaria. Año 2002. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/texact.htm>

- Maceira, D. (2017). Revista CTS, n° 35, vol. 12, (pág. 153-174) CIPPEC, Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento
- Martin, A. L. (2012), Veronelli, J.C., Veronelli Correch, M. (2004). *Los orígenes institucionales de la Salud Pública Argentina*. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud, Tomo 1 y Tomo 2, 712 páginas. Estudios digital, número especial, 244-246. Disponible en <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/restudios/article/view/2597>
- Médicos del Mundo Argentina (2002). *El impacto de la crisis en el sistema sanitario argentino* (año 2002). Recuperado de <http://www.mdm.org.ar/informes/2/El-impacto-de-la-crisis-en-el-sistema-sanitario-argentino.doc>
- Notcheff, H. (2001). *La Experiencia Argentina de los 90 Desde El Enfoque de la Competitividad Sistémica*. Buenos Aires: Flasco. Recuperado de [http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/argentina/flasco/no\\_8\\_NOCHTEFF\\_Experiencia\\_Argentina.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/argentina/flasco/no_8_NOCHTEFF_Experiencia_Argentina.pdf)
- Pérgola, F. (2013). Arturo Oñativía, sanitarista de fuste. *Hitos y Protagonistas. Revista Argentina de Salud Pública*. 4 (14), 47-48. Recuperado de <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen14/47-48.pdf>
- Porta, F. y Ramos A. (2002) *Inversión Extranjera Directa y Reformas Estructurales en la Argentina. Tendencias y Estrategias en la D.écada de los '90*. Recuperado de [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34128/Documento\\_completo.pdf?sequence=1](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/34128/Documento_completo.pdf?sequence=1)
- Ramacciotti, K. I. y Romero, L. (2017). *La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014)*. *Revista iberoamericana de Ciencia y Tecnología*. Revista CTS, 35 (12), 153-174. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/924/92452928007.pdf>
- Red Nacional de Laboratorios Públicos de Producción de Medicamentos. Recuperado de [https://cyt-ar.com.ar/cyt-ar/index.php/Red\\_Nacional\\_de\\_Laboratorios\\_P%C3%BAblicos\\_de\\_Producci%C3%B3n\\_de\\_Medicamentos](https://cyt-ar.com.ar/cyt-ar/index.php/Red_Nacional_de_Laboratorios_P%C3%BAblicos_de_Producci%C3%B3n_de_Medicamentos)
- Sabel, C. (1988). *Flexible Specialization and the Re-emergence of Regional Economies*. En *Reversing Industrial Decline? Industrial Structure and Policy in Britain and Her Competitors* (pp. 17-70). Oxford: Berg.
- Sánchez, A. (2007). *Semblanza del Dr. Arturo Oñativía. Glánd Tir Paratir*, 16, 7-8. Recuperado de [http://www.revistatiroides.com.ar/Revistas/16/RevGlandTir16\\_01.pdf](http://www.revistatiroides.com.ar/Revistas/16/RevGlandTir16_01.pdf)
- Tobar, F. (2002). *Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. *Boletín Fármacos*, 5 (4). Recuperado de <http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/>
- Tobar, F. (2002). *Modelo de Gestión en salud*. Recuperado de: <http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/SSPP/2002/SSPP200202.PDF>
- Vercesi, A. J. (2010). *Política Económica Argentina 1973-1976: Influencias Doctrinarias*. VI Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, Argentina. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5121/ev.5121.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5121/ev.5121.pdf)



*Institucionalización histórica de la salud como bien social en Argentina/  
Rosana Abrutzky, Cristina Bramuglia y Cristina Godio*

Visillac, Martínez, Boloniati (2007). *70 años de actividad médica: de la profesión liberal a la progresiva precarización del trabajo*. Premio Salud Pública 2006-2007. Buenos Aires: Asociación de Médicos municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de [http://www.medicos-municipales.org.ar/premio\\_salud\\_publica\\_comparativo5.pdf](http://www.medicos-municipales.org.ar/premio_salud_publica_comparativo5.pdf)