

EL DERECHO A LA SALUD EN TIEMPOS DE EMERGENCIA SANITARIA: LAS REDES DE ATENCIÓN Y LAS TECNOLOGÍAS SANITARIAS

Marisel COLAUTTI¹
Valeria PALCHIK²

Resumen

En este ensayo pretendemos plantear algunos lineamientos teóricos que consideramos centrales para explicar y al mismo tiempo repensar, los modelos de atención y las políticas de ciencia y tecnología que estarían definiendo las respuestas sanitarias en el marco de la pandemia de Covid-19 en nuestra región. El derecho a la salud queda plasmado en la Constitución Nacional Argentina y es el Estado quien debe procurar que no sea vulnerado. Sin embargo, alcanzar el derecho a la salud no depende exclusivamente de la organización de los servicios de salud y de los modelos de atención, no obstante, la pandemia puso de relieve que la definición y sostenimiento de políticas públicas que colaboran en la construcción de ciudadanía son clave a la hora de la respuesta.

Argentina tiene un sistema de salud segmentado, fragmentado, superpuesto, y heterogéneo como resultado de diversas transformaciones históricas. La transferencia de servicios de salud a las provincias y municipios se convirtió en una oportunidad para que algunos decidiesen trabajar en APS. Ante la aparición de la pandemia de Covid-19 el Estado Nacional ha tomado un rol protagónico de rectoría, con preponderancia en la regulación y definiendo líneas de acciones sanitarias para que las distintas jurisdicciones, apliquen, adapten e inclusive generen políticas locales tiendan a garantizar la salud de la población.

Desde 1989, la gestión municipal de Rosario priorizó la salud pública en su agenda de gobierno. La construcción y el sostenimiento de políticas públicas planificadas de modo estratégico mediante el fuerte impulso a la APS, la distritalización, el aumento de los recursos humanos junto con la creación de equipos de referencia y la

¹ Investigadora Adjunta de la Carrera del Investigador Científico del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (CIUNR).

² Investigadora Adjunta de la Carrera del Investigador Científico del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario (CIUNR).

territorialidad conquistada por la fuerte presencia del Estado, desencadenaron el resultado que tuvo y tiene Rosario y actúan como red de contención ante una pandemia.

A nivel nacional, el Ministerio de Ciencia y Tecnología sufrió los mismos vaivenes que el Ministerio de Salud. El gobierno anterior achicó y desfinanció su estructura, por lo tanto, la pandemia de Covid-19 encuentra al sistema científico nacional intentando ajustarse a una nueva agenda. En las últimas décadas la producción pública de medicamentos fue incentivada por pocos actores: investigadores y decisores de las universidades nacionales e instituciones científicas y tecnológicas del propio Estado. Por su parte la provincia de Santa Fe cuenta con 3 laboratorios de producción pública de medicamentos con distintas trayectorias: Laboratorio Industrial Farmacéutico, Laboratorio de Especialidades Medicinales y Planta Piloto de Producción de Medicamentos de la UNR. Si bien ante la pandemia de Covid-19 esos laboratorios no están enfocados en el desarrollo de fármacos específicos o vacunas, son parte de un engranaje esencial que abastece de medicamentos para pacientes crónicos a los CS y son responsables de la producción de alcohol en gel y otros insumos.

En situaciones de emergencia sanitaria la posibilidad de contar con recursos y capacidades ya instaladas pueden brindar una respuesta distinta. Más allá del desarrollo que tenga en adelante la pandemia en la ciudad, sostenemos que hasta aquí todo lo construido permitió posicionarse con cimientos consolidados ante una situación de gran incertidumbre; y como se sabe la capacidad de las políticas públicas logran ponerse en evidencia según los resultados obtenidos en los momentos de mayor incertidumbre social.

Introducción

En este ensayo pretendemos plantear algunos lineamientos teóricos que consideramos centrales para explicar y al mismo tiempo repensar, los modelos de atención y las políticas de ciencia y tecnología que estarían definiendo las respuestas sanitarias en el marco de la pandemia de Covid-19 en nuestra región.

Partimos del marco conceptual del derecho a la salud, como derecho humano, y de la determinación social de salud, como la forma de entender los problemas de salud de la población como consecuencia de los modos de producción de alimentos, la relación con la naturaleza y las condiciones de vida a las que nos empuja el capitalismo³.

³ BREILH, Jaime. *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)* Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 31(supl 1), pags.13-27, 2013.

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)⁴ y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)⁵. 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. Es considerado 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 derechos⁶.

A partir del surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 en un contexto de posguerra mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), conformada a inicios de siglo XX, 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"⁷. El camino que conduce a proclamar a la salud como un derecho humano continúa en la Declaración Universal de Derechos Humanos de la 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

⁴ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *El derecho a la salud*, Boletín Informativo 31, Ginebra, Naciones Unidas, 2008, pag 3.

⁵ ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL, ALAMES. *Estatutos Asociación Latinoamericana de Medicina Social*, Montevideo, 2012, Recuperado de <http://www.alames.org/index.php/redes-tematicas-5/estatutos>

⁶ YAMIN, Alicia Ely y GLOPPEN, Siri. *La lucha por los derechos de la salud*, primera edición, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Editorial Siglo Veintiuno, 2013.

⁷ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Op. Cit*, pag. 1.

afirma que los Estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental⁸.

En el sistema constitucional argentino, los tratados de derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución. En relación con el derecho a la salud se establece, 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”⁹. 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.

Entonces, el derecho a la salud queda plasmado en la Constitución Nacional y es el Estado quien debe procurar que no sea vulnerado, y no parecería haber cuestionamientos al respecto por la gran mayoría de los ciudadanos. Sin embargo, con la reciente aparición de la pandemia de Covid-19 y la implementación del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO), algunos movimientos de la sociedad civil cuestionan la intervención del Estado y aseguran que existe una tensión entre los distintos derechos ciudadanos, y se pone en debate cuáles derechos son prioritarios sobre otros^{10,11}.

Como ya se expresó en el inicio, alcanzar el derecho a la salud no depende exclusivamente de la organización de los servicios de salud y de los modelos de atención, no obstante, la pandemia de Covid-19 puso de relieve que la definición y sostenimiento de políticas públicas que colaboran en la construcción de ciudadanía son clave a la hora de la respuesta.

1. Los modelos de atención y la lógica de las redes de salud

⁸ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, Nueva York, Naciones Unidas Derechos Humanos Oficina del Alto Comisionado, 1966, Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>

⁹ CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA. *Constitución Nacional Argentina*. Buenos Aires, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 1994, Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

¹⁰ LA POLÍTICA ONLINE. *Debate: ¿La cuarentena obligatoria lesiona las libertades individuales?*, Buenos Aires, 13 de abril de 2020, Recuperado de: <https://www.lapoliticaonline.com/nota/125792-debate-la-cuarentena-obligatoria-lesiona-las-libertades-individuales/>

¹¹ LA NACION. *Caravana30M: marcharon por una "cuarentena inteligente" en varias ciudades del país*.

Buenos Aires, *La Nación*, 30 de mayo de 2020, Recuperado de <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/caravana30m-convocan-marchar-cuarentena-nid2371612>

Los sistemas nacionales de salud, entendidos como el conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud, se desarrollan como un conjunto de subsistemas, cada uno con diferentes modalidades de administración, financiamiento, afiliación, calidad y atención de la salud^{12,13}.

En Argentina, la creación de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social en 1943 marca el reconocimiento de la Salud Pública como problema de interés específico y el Estado se convierte en “responsable-garante” del derecho a la salud. Desde entonces, Argentina tiene un sistema de salud segmentado (en el que conviven distintos sistemas de aseguramiento), fragmentado (sin articulación entre los distintos subsectores e incluso en el interior de ellos), superpuesto, heterogéneo y con desigual calidad en la atención, resultado de diversas transformaciones y tendencias históricas^{14,15}.

Sin embargo, esas no son características exclusivas de Argentina ya que la OPS considera que los sistemas de salud de los países del continente americano se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. Esa situación genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos¹⁶. En el año 2008 como respuesta a esas dificultades la OPS empezó a trabajar en lo que se conoce como Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). El propósito de la iniciativa fue contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de la Salud (APS). La OPS definió a las RISS como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”¹⁷.

¹² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2000- Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra, OMS, 2000, Recuperado de http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1,

¹³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Salud en las Américas 2007*. Washington, Publicación Científica y Técnica N° 622, OPS, 2007.

¹⁴ MACEIRA, Daniel. *Morfología del sistema de salud argentino*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Centro de Estudios De Estado y Sociedad, 2018.

¹⁵ BALLESTEROS, Matías. *El sistema sanitario argentino: Un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad*, Mendoza, MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales, Vol. IV, 6, 2017.

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, opciones de políticas y hoja de ruta para su implementación en las Américas*, Washington, OPS/ OMS, 2010, Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&Itemid=307.

¹⁷ *Ibid*; pag.9

La propuesta no es una novedad ya que desde la Declaración de Alma Ata en 1978 bajo el lema “Salud para todos en el año 2000” se intentó agendar a nivel mundial la necesidad de trabajar territorialmente en los problemas de salud de las poblaciones con tres ejes rectores: participación, descentralización y lógica de trabajo en red. Estos lineamientos fueron acuñados e implementados principalmente por los países centrales con mayores recursos. En cambio, los países de América Sur, en esos años, se encontraban atravesados por gobiernos militares; en el caso específico de la Argentina, la Declaración de Alma Ata coincide con el momento en que se inició la transferencia de servicios de salud y responsabilidades del área a las provincias. La atención desconcentrada en las zonas periurbanas fue desalentada y en algunos casos reprimida, básicamente porque el conflicto político-militar de la década tenía como escenario casi excluyente a las grandes ciudades. En cambio, se reinstaló en algunas provincias un programa financieramente asistido de alcance nacional, que se conocía como Salud Rural¹⁸.

El recorrido que realizaron Bertolotto, Fuks y Rovere¹⁹ en cuanto a los intentos de implementación de la estrategia de APS en nuestro país mostró características comunes y cíclicas estrechamente vinculadas a los períodos políticos atravesados. Allí se propuso que tal vez la transferencia de servicios de salud a las provincias y municipios se convirtió en una oportunidad para que algunos decidiesen trabajar en APS, dando como resultado un collage de situaciones ante la falta de rectoría del Estado nacional, especialmente con las reformas del Estado que implicaron la reducción de este durante los 90.

Magdalena Chiara²⁰ aseguró que la salida de la crisis del 2001, en cuanto a políticas públicas vinculadas a salud, tuvo que ver con decisiones que se tomaron para lograr la consolidación del papel del Ministerio de Salud Nacional y su retorno a los servicios. El Plan Federal de Salud le brindó especial relevancia a APS principalmente a través de dos programas: Remediar y Médicos Comunitarios. Remediar buscaba garantizar el acceso a medicamentos a la población de bajos ingresos y se convirtió en una potente herramienta para la llegada del Ministerio de Salud de la Nación a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CS). Los botiquines del Remediar eran entregados exclusivamente a los CS de modo centralizado desde el Ministerio de Salud de la Nación. Al mismo tiempo como respuesta al reclamo de las provincias, en el marco de la Consejo Federal de Salud (COFESA), se lanzaron dos programas nacionales para atender el problema de los recursos humanos en salud en el primer nivel de

¹⁸ BERTOLOTTI, Analía; FUKS, Ana y ROVERE, Mario. *Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto*, Rio de Janeiro, Salud en Debate, v. 36, n. 94, pag 362-374, 2012.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ CHIARA, Magdalena. *La salud gobernada. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011*, primera edición, Los Polvorines, Universidad Nacional General Sarmiento, 2018.

atención: Recursos Humanos para la Atención Primaria de la Salud (PRHAPS) (Resolución 1077/2004) y Programa de Médicos Comunitarios (Resolución 915/2004).

No obstante, después de un período en el que se intentó fortalecer el primer nivel de atención, más allá de las debilidades y obstáculos que pueden discutirse en el marco de un país federal y heterogéneo, la llegada del gobierno de Mauricio Macri en 2015 marcó un retroceso en la estrategia de APS en el plano nacional. Esa reducción de la intervención del Estado en compromisos previamente asumidos se dio en un marco de aumento de la desigualdad que logró obstaculizar cohesión social y el crecimiento económico sostenible²¹. La decisión de que el Ministerio de Salud se fusionara con el de Desarrollo Social de la Nación a partir del Decreto 801/2018, implicó una disminución del presupuesto y la interrupción de políticas de salud nacionales (por ejemplo, discontinuidad de provisión de vacunas del calendario nacional) que tuvieron impacto directo en los indicadores que reflejan el estado de salud de la población. La participación acrítica de Argentina en la Declaración de Astaná, 40 años después de Alma Ata, en donde se discutió la Cobertura Universal de Salud (CUS) como estrategia privilegiada, puso en evidencia los lineamientos que eran apoyados desde esta cartera nacional, la APS se vio desdibujada con rasgos privatizadores a través de seguros de salud²².

Si bien una de las primeras decisiones del actual gobierno nacional fue reestablecer el *status* de Ministerio de Salud (Decreto 7/2019 que modifica la Ley de Ministerios), estas marchas y contramarchas atentan contra la concreción de un sistema de salud nacional robusto, con capacidad de definir políticas de salud que se adapten a los contextos locales y que reflejen mejoras en la calidad de vida de la población.

Con la aparición de la pandemia de Covid-19 el Estado Nacional ha tomado un rol protagónico de rectoría, con preponderancia en la regulación y definiendo líneas de acciones sanitarias para que los Estados Provinciales y Municipales, apliquen, adapten e inclusive, en algunos casos, generen políticas locales que permitan cumplir con el compromiso de garantizar la salud de la población. Así, las diferentes posibilidades de hacer frente a esta situación han estado íntimamente relacionadas con las capacidades desarrolladas por los gobiernos locales en los últimos tiempos. Es por ello que la distribución de los recursos se ha realizado considerando la infraestructura previa y también la incidencia que ha tenido la pandemia en cada una de las regiones.

²¹ GARCIA DELGADO, Daniel. *Ajuste, desigualdad y resistencia ¿Hacia dónde vamos?* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Observatorio sobre políticas públicas y reforma estructural, FLACSO, 2015.

²² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Astaná, Conferencia Global de Atención Primaria*. Astaná, OMS, 2018.

2. Redes locales de salud: la estrategia de salud que privilegia la cercanía, la territorialidad y la construcción de ciudadanía

En Argentina durante los años 90 en un contexto donde el rol del Estado se retraía, en la ciudad de Rosario el gobierno local planificó un proyecto de salud que se contraponía a la lógica nacional. Se conformó una red de salud centrada en el primer nivel de atención que pretendió modificar la perspectiva hospitalocéntrica y organizó la estrategia de salud con la población de cada territorio con un fuerte componente de participación comunitaria. Desde 1989, la gestión municipal priorizó la salud pública en su agenda de gobierno, y se profundizó el proceso en los años 90. En 1990 la APS recibe un gran empuje mediante la creación de la Dirección de APS para gestionar los CS, con fuerte apoyo político del gobierno municipal. Los cambios organizacionales eliminan la dependencia formal de los CS respecto a los hospitales e instauran nuevas normas de trabajo al interior de los CS²³. En ese período la Secretaría de Salud cobró relevancia, tanto en términos políticos como en términos financieros, el presupuesto asignado al área creció considerablemente: pasó de 58 millones de pesos a 66 millones, entre 1995 y el 2000, en un contexto de crisis económica nacional²⁴.

La ciudad de Rosario se encuentra distritalizada en seis áreas y 500.000 personas aproximadamente acuden a efectores de salud públicos. El subsector público de la ciudad está compuesto por efectores que dependen de la jurisdicción provincial y municipal ambos centrados en la estrategia de APS. La red provincial está compuesta de 28 CS, 1 efector de segundo nivel, 3 hospitales de tercer nivel y 3 maternidades, y la municipal cuenta con 52 CS, 4 efectores de segundo nivel - 3 hospitales y 1 Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) -, 2 efectores de tercer nivel y dos maternidades. Ambas redes se distribuyen en el mismo territorio y atienden poblaciones de iguales características. Desde 2003 este trabajo en red se sostiene por el proceso de adscripción de pacientes que implica la conformación de equipos de referencia constituidos por un médico y un enfermero en el primer nivel, responsables de una determinada población a cargo. Esto garantiza el acceso a mayores niveles de complejidad y el seguimiento de los pacientes en el continuo asistencial, proceso que fue acompañado por la

²³ BÁSCOLO, Ernesto y YAVICH, Natalia. *Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina*, Bogotá, Revista de Salud Pública, Volumen 12 sup (1), 2010.

²⁴ JIMENEZ, Carlos. *Innovaciones en la gestión local en salud: Una aproximación desde el caso de la municipalidad de Rosario en el período 1995-2000*, Buenos Aires, Salud Colectiva, 5(2), pag 211-224, 2009.

descentralización de algunas especialidades desde el segundo y tercer nivel al primero²⁵.

En este contexto las estrategias planteadas desde el gobierno nacional como alternativa a la salida de la crisis de 2001 no eran una novedad para la ciudad de Rosario.

La respuesta que tuvo y tiene Rosario se fue construyendo y sosteniendo a través de políticas públicas planificadas de modo estratégico. Según Mario Rovere²⁶ uno de los cimientos fue en 1999 la inauguración del CEMAR, de alto valor simbólico ya que logró transformar lo que se denominaba “el monumento al pozo” en un espacio de referencia para la salud de la ciudad. Esa innovación logró ampliar las prestaciones para diagnóstico e interconsultas de segundo y tercer nivel, una decisión clave para respaldar la extensión de la cobertura, dinamizar y fortalecer el primer nivel de atención.

Durante la crisis las relaciones con el gobierno provincial habían mejorado circunstancialmente como consecuencia de una gestión muy orientada al fortalecimiento técnico -político del Ministerio de Salud de Santa Fe y de la Región Sanitaria VIII. En ese momento se decidió organizar una sala de situación conjunta municipio-provincia, representada básicamente por equipos técnicos de lo que era en ese tiempo la Región Sanitaria VIII, que priorizó rápidamente cuatro áreas: atención primaria, salud materno-infantil, medicamentos y urgencias²⁷. En contraposición, específicamente respecto a la salud materno infantil, una investigación de la OPS mostró que, en ese momento a nivel nacional, aumentó la mortalidad infantil, hubo un significativo incremento de los nacimientos de bajo peso y un aumento de la mortalidad materna²⁸.

Abordar el territorio implicó reconocer procesos históricos, sociales, económicos y culturales que, en sus diferentes escalas, permearon al poder político y a las formas de representación y trazaron el recorrido de los derechos en el marco del sistema federal de gobierno²⁹. La red de salud en Rosario, la organización de la estrategia de APS desde hace 30 años, el vínculo Estado- ciudadano, ciudadanía y salud como

²⁵ PUZZOLO, Julia; AMARILLA, Amarilla Delia Inés; COLAUTTI, Marisel; et al. *Coordinación de la atención entre niveles y sus factores asociados en dos subredes de la red municipal de salud de la Ciudad de Rosario*, Córdoba, Revista de Salud Pública (XXIII) 1, 2019, pag 28,29.

²⁶ ROVERE, Mario. *Una ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión*, Rosario, PNUD, Municipalidad de Rosario, 2005.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ ZEBALLOS, José Luis. *Argentina: Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*, Buenos Aires, OPS/OMS Argentina, 2003, Recuperado de http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub57.pdf

²⁹ QUIROGA , Hugo; LEVIN, Silvia; INGARAMO, María Alejandra et al. *Progresos y Desafíos de los Derechos en la provincia de Santa Fe*, Rosario, Universidad Nacional de Rosario, 2019 Recuperado de: <https://www.defensoriasantafe.gob.ar/progresosydesafios>

derecho, se visualizaron en los resultados del proyecto internacional Equity LA II desarrollado en el período 2013-2019 en la ciudad ³⁰.

Los resultados de línea de base de la investigación son coherentes con el modelo asistencial propuesto, centrado en la estrategia de APS y un rol destacado del médico de primer nivel de atención en relación con el acompañamiento y seguimiento de los usuarios en sus trayectorias de atención. Los usuarios de la red de salud municipal refirieron al médico de primer nivel como responsable del seguimiento de sus tratamientos crónicos. Esos resultados pusieron en evidencia el trabajo sostenido en el fortalecimiento del vínculo bidireccional entre el profesional responsable y el usuario, generando además mayor proximidad y comunicación entre los profesionales de distintos niveles asistenciales³¹. Las entrevistas con los profesionales mostraron, entre otros resultados, que la mayoría de ellos (profesionales de atención primaria como de atención especializada) consideró que los médicos de atención primaria son los responsables del seguimiento de los pacientes en su trayectoria por los distintos niveles de la atención³². Estos resultados son diferentes a los hallados en otras redes de salud de los países de la región, donde las herramientas de coordinación de la atención de los usuarios en los distintos niveles son escasamente conocidas por los profesionales de la red³³.

El recorrido anterior permite comprender las decisiones tomadas por la gestión municipal de la ciudad al momento de la aparición de la pandemia de Covid-19, basadas en la experiencia y la construcción del modelo de salud.

La temprana conformación del “Consejo de Gestión de Riesgo” (Decreto 329/2020) integrado por representantes de diferentes áreas del gobierno local y del Concejo Deliberante permitió establecer diferentes acciones coordinadas que pretendieron hacer frente a la situación de pandemia³⁴:

³⁰ AMARILLA, Delia Inés; PUZZOLO, Julia; COLAUTTI, Marisel et al. *Equity LA II. Impacto de las estrategias de integración de la atención en redes de servicios de salud de América Latina. Resultados comparativos 2015/2017*. Rep.Hip UNR, 2019 Recuperado de: <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/14475>

³¹ AMARILLA, Delia Inés; PUZZOLO, Julia; COLAUTTI, Marisel, et al. Percepción de los usuarios sobre la continuidad asistencial entre niveles de atención en la red de servicios de salud municipal de la Ciudad de Rosario, Córdoba, *Revista de Salud Pública*, (XXIV) 1, pag 18-31, 2020.

³² PUZZOLO, Julia. *Op.cit.*

³³ MIRANDA-MENDIZABAL, Andrea, VARGAS, Ingrid, MOGOLLON-PÉREZ Amparo, et.al. *Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica*. España, *Gaceta Sanitaria*,34(4):340-349, 2020.

³⁴ MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. *Coronavirus: medidas de gobierno*. Rosario, 30 de mayo de 2020, Recuperado de: <https://www.rosario.gob.ar/web/coronavirus/coronavirus-medidas-del-gobierno>

- Respecto de la atención de pacientes: el establecimiento de un protocolo de llegada de pacientes sospechosos o confirmados e ingreso a hospitales, junto con un protocolo de bioseguridad y medidas de tránsito diseñadas por las áreas de bioingeniería que mantienen separados estos cuadros de otras áreas. Realización de un seguimiento exhaustivo de cada uno de los nuevos casos de Covid-19 (tanto del entorno del paciente infectado como de sus contactos).
- Un abordaje especial para la atención de la población con factores de riesgo, embarazadas y recién nacidos: con la instauración de turnos programados en horarios diferenciados.
- En relación al personal municipal: la elaboración de un Protocolo de Prevención Covid-19 para el personal municipal presentado ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de la Provincia de Santa Fe.
- La convocatoria a la producción de elementos de bioseguridad (barbijos, batas y máscaras de protección facial) por empresas locales.
- La habilitación del Laboratorio del CEMAR para la realización de testeos descentralizado por el Instituto Nacional de Microbiología Dr. Carlos G. Malbrán, junto a la estrategia epidemiológica de testeos focalizados a través de los CS para detectar a personas infectadas en barrios vulnerables.
- La apertura de una licitación autorizada por el Concejo Municipal para la compra de insumos que complementan a los existentes para los trabajadores de hospitales y CS, y la distribución de medicamentos para tratamientos de dos meses a pacientes con enfermedades crónicas y distribución de leche, según los registros de los CS.
- La producción de alcohol en gel en el Laboratorio de Especialidades Médicas (LEM) para el abastecimiento de las áreas de salud y de las diferentes áreas del municipio.
- La implementación del Programa Rosario cuida a los grandes, que incluye contención psicológica y asistencia a domicilio adultos y adultas mayores de la ciudad, una red de acompañamiento telefónico, de acompañamiento digital, de cuidados en domicilio y la realización de diferentes intervenciones a través de los Centros de Convivencia Barrial y el Plan Abre, convocando también al personal de la escuela municipal de gerontología.
- En los geriátricos la instauración de un plan impulsado por las áreas de Defensa Civil y Salud, para la aplicación de un protocolo de respuesta inmediata y operativa ante casos sospechosos, incluyendo la emergencia y evacuación, y la información para los familiares de personas alojadas.
- La generación del Programa Rosario Cuida a los Barrios donde las organizaciones se comprometen a hacer seguimiento de adultos mayores y realización de un operativo de visita a adultos y mayores en zonas vulnerables para informarlos sobre la

- disponibilidad de los centros preventivos de aislamiento en los barrios, en el caso que no puedan quedarse en su domicilio.
- La disposición de la vacuna antigripal, en primer lugar, con la vacunación a todo el personal de salud y luego implementado un operativo de vacunación a domicilio, en centros de salud, geriátricos, refugios y a personas en situación de calle.
 - La habilitación, construcción y puesta en marcha de centros preventivos de aislamiento y convocatoria a estudiantes de kinesiología para colaborar en estos centros, además del incremento de camas de terapia intensiva en un 50%.
 - La incorporación de personal de salud (psicólogos, enfermeros y médicos) a los nuevos refugios para personas en situación de calle.
 - La actualización del mapa de geolocalización sumando una capa que refleja la situación de vulnerabilidad de acuerdo a indicadores como el material de construcción de los hogares, hacinamiento y acceso a agua potable, de mayores de 70 años para optimizar la respuesta de medidas sanitarias ante la pandemia.
 - La inscripción en un centro regional de la provincia para propiciar la donación de plasma de pacientes que se recuperaron de Covid-19.
 - La distribución de la Caja Cuidar para los Centros de Convivencia Barrial: incluye material de promoción de derechos para los chicos y sus familias. Apoyo escolar para ayudar a los padres con la cuestión educativa. También de Cajas lúdicas en acuerdo con la Universidad Nacional de Rosario (UNR): hechas por emprendedores, feriantes, artesanos y educadores, para acompañar a los chicos en la cuarentena.
 - La participación en proyecto de investigación: el HECA participará de un proyecto de investigación junto a otros efectores reconocidos del país para la atención de casos positivos de Covid-19.

Otras definiciones a través de diferentes normativas (Decreto 355/2020; Mensaje 04/2020; Ordenanza 10037; Resolución 051/2020; Decreto 484 y 606/2020) que incluyen la organización y el funcionamiento de la ciudad, dieron contexto a las actividades anteriores³⁵.

Muchas de estas acciones se basaron en Programas ya implementados en la red de atención de salud preexistente. Podría pensarse entonces, que el fortalecimiento del primer nivel de atención con fuerte presencia territorial sostenida a través del tiempo actúa como red de contención ante una pandemia. En contraposición al

³⁵ MUNICIPALIDAD DE ROSARIO. *Coronavirus. Compendio de Normativas*. Rosario, 2020. Recuperado de: https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/compendio_de_normativas_01_junio_0.pdf

apoyo espasmódico o momentáneo de emergencia determinado por vaivenes políticos, las políticas de Estado consolidadas, participativas y con objetivos colectivos, serían una estrategia primordial ante las crisis, aunque las causas de estas sean diversas.

3. El lugar de la ciencia y la tecnología: la producción pública de medicamentos como respuesta

En Argentina, a nivel nacional, el Ministerio de Ciencia y Tecnología sufrió los mismos vaivenes que el Ministerio de Salud. El gobierno anterior achicó y desfinanció su estructura, por lo tanto, la pandemia de Covid-19 encuentra al sistema científico nacional intentando reencauzarse y acomodándose a una nueva agenda.

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.

Con la aparición de la pandemia y según plantea el filósofo Edgar Morin, a nivel internacional la red planetaria de investigadores testimonia un esfuerzo hacia un bien común universal que cruza las fronteras nacionales, los idiomas, el color de la piel³⁶. La urgencia de la situación genera una nueva interdependencia entre países, una disminución de la distancia buscando el desarrollo rápido de la vacuna, de posibles medicamentos y de llevar adelante ensayos clínicos. 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 dadas³⁷.

³⁶ ORDINE, Nuccio. *La crisis del coronavirus*, Ediciones El País S.L. Madrid, 2020. Recuperado de: https://elpais.com/cultura/2020-04-11/edgar-morin-vivimos-en-un-mercado-planetario-que-no-ha-sabido-suscitar-fraternidad-entre-los-pueblos.html?ssm=FB_CC.

³⁷ THOMAS, Hernán; BECERRA, Lucas y BIDINOST, Agustín. *¿Cómo funcionan las tecnologías? Alianzas socio-técnicas y procesos de construcción de funcionamiento en el análisis histórico*, Mar del Plata, Pasado Abierto, (10), 2019, pag 136.

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. 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)”³⁸.

En Argentina durante la política desregulatoria de los años noventa, la política de medicamentos 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 Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y el Instituto Nacional de Propiedad Intelectual (INPI)³⁹. Los dos primeros componentes fueron producto del Decreto 150 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.

La emergencia sanitaria declarada en el año 2002 puso a prueba la centralidad del Estado (Decreto 486/2002). Se implementaron algunas medidas para facilitar el acceso a los medicamentos: 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

³⁸ *Ibid*, pag 139.

³⁹ MACEIRA, Daniel; ALONSO Valeria, BENITO, Karina, et al. *Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos*. Buenos Aires, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

pública de medicamentos no estuvo en la lista de acciones impulsadas por el Estado para facilitar el acceso a los medicamentos.

La industria farmacéutica en la Argentina se distingue por un alto grado de concentración, 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 comercializarlos⁴⁰. 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.

El trabajo de Guillermo Santos⁴¹ 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 en el primer nivel de atención requirió que se pusieran en funcionamiento mecanismos para compras centralizadas de medicamentos por parte del Estado nacional.

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 farmacéuticas⁴².

Recién en 2014 se crea en Argentina, la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) por la Ley N° 27113 reglamentada por el Decreto 795/2015 como ente nacional descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación. La mayor parte de los laboratorios de producción pública de Argentina dependen de organismos como

⁴⁰ AB⁴⁰ *Ibid*

⁴⁰ ABRUSTRSKY, Cristina. *Op cit*

⁴⁰ BRAMUGLIA, Cristina, GODIO, Cristina y ABRUTZKY Rosana. *La producción de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades*. Buenos Aires, Realidad Económica, (266), 8-26. 2012. RUTZKY, Rosana; GODIO, Cristina y BRAMUGLIA, Cristina. *Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI*. Buenos Aires, Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo, 9(8), 59-90. 2017.

⁴¹ SANTOS, Guillermo. *Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015)*, Buenos Aires, Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo, 9, 19-57. 2017.

⁴² *Ibid*

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^{43,44}. Sin embargo, en conjunto tienen la capacidad para elaborar ocho de cada diez de los medicamentos que integran el listado de medicamentos esenciales de la OMS.

4. Las estrategias locales para la producción pública de medicamentos, como parte de la agenda de la política pública

La provincia de Santa Fe en el año 1947 genera las acciones para la instalación de un establecimiento elaborador de medicamentos, con el fin de abastecer a las Farmacias Hospitalarias de reciente creación y adhiriendo así a las políticas nacionales del Ministerio de Salud. Lo llamó Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), pero fue recién en 1987 con la sanción de la Ley Provincial N° 10069 cuando se estableció la creación oficial, como Laboratorio Productor de Fármacos Medicinales (LPFM). En 1989, deja de ser una División de la Dirección de Abastecimiento del Ministerio de Salud y pasa a tener el rango de Dirección General de Producción de Fármacos Medicinales. A partir de ese momento cuenta con una planta propia de personal, incluyendo una estructura Orgánico Funcional y participa del presupuesto del Ministerio de Salud como un programa independiente. Con la sanción de la Ley Provincial N° 11657 de 1999 se constituye en Sociedad del Estado y en 2007 se produce la última transformación, volviéndose a denominar como se lo conoce desde sus inicios: Laboratorio Industrial Farmacéutico⁴⁵.

La ciudad de Rosario ya contaba desde el año 1996 con el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), creado sobre la base de la antigua droguería municipal, que produce y distribuye medicamentos para toda la red de salud de la Municipalidad. Esta iniciativa apuntó a resolver básicamente el desabastecimiento de insumos, reemplazando en parte la producción privada evitando la compra de los medicamentos, y por lo tanto, abarató los costos del sector de salud pública municipal⁴⁶. Esta innovación se terminó de institucionalizar como Sociedad del Estado por la Ordenanza 6310/1997.

⁴³ ABRUSTRSKY, Cristina. *Op cit*

⁴⁴ BRAMUGLIA, Cristina, GODIO, Cristina y ABRUTZKY Rosana. *La producción de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades*. Buenos Aires, Realidad Económica, (266), 8-26. 2012

⁴⁵ PROVINCIA DE SANTA FE. *Reseña histórica*, Santa Fe, Provincia de Santa Fe, 2020, Recuperado de: <http://www.lif-santafe.com.ar/secciones/2/resena-historica.html>

⁴⁶ JIMENEZ, Carlos. *Op cit*.

La consolidación y sostenimiento del LEM fue una decisión política que formó parte de las acciones que se privilegiaron durante los años 90 y la crisis del año 2002. Durante esa etapa, la falta de acceso a medicamentos, agravada por la devaluación súbita, generó una crisis de tal magnitud que fue imprescindible contar con medicamentos esenciales⁴⁷. La complementariedad de medidas entre las jurisdicciones provinciales y municipales permitió verificar la potencialidad de producción directa, tomando en cuenta la tradición de casi diez años del LEM, y también que el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe contaba con una gran capacidad de producción (que por decisión política sólo se estaba utilizando, hasta ese momento, como estructura de depósito). En la coyuntura se llegó a comprar principios activos por parte de una jurisdicción para la producción de medicamentos por parte de la otra⁴⁸.

Una vez superado el momento más agudo de la crisis, la provincia de Santa Fe y particularmente la ciudad de Rosario reclamó al Estado Nacional mayor coordinación con la entrega de los botiquines de Remediar, ya que claramente las necesidades y posibilidades de este punto del país no eran las mismas que las de otras zonas geográficas. El abastecimiento a través del LEM y el LIF llegó a generar superposiciones de entrega de medicamentos en los CS. Allí fue clave el fortalecimiento de los recursos humanos en el primer nivel de atención que fue acompañado del ingreso de profesionales farmacéuticos a los equipos de APS. Se registra que a principios del año 2000 había solo una farmacéutica por distrito de la ciudad, en la actualidad son 25 profesionales dedicados a la gestión de medicamentos e insumos médicos en el primer nivel de atención.

Como parte del fortalecimiento de la estrategia de producción pública de medicamentos, el sector universitario no se mantuvo al margen. En junio de 2009 se inauguró la Planta Piloto de Producción de Medicamentos de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la UNR y en el año 2018 recibió la habilitación nacional de ANMAT convirtiéndose así en la primera del ámbito universitario en integrar el sistema de laboratorios públicos de la Argentina. Así al cumplir con todas las exigencias de calidad y seguridad puede firmar convenios con el Ministerio de Salud de la Nación, por ejemplo, para la provisión de especialidades que la industria farmacéutica privada no ofrece. Se suma así a una red, de

⁴⁷ Se entiende por *Medicamentos Esenciales* como aquellos que permiten salvar vidas, reducir el sufrimiento y mejorar la salud (OMS. *Estrategia farmacéutica de la OMS Procedimiento revisado de actualización de la Lista Modelo OMS* (No. EB109/8). Washington. 2001.

⁴⁸ ROVERE, Mario. *Op Cit.*

alrededor de 40 laboratorios, que trabaja con la lógica del derecho a la salud^{49,50}.

5. Reflexiones que invitan a seguir pensando

El acceso a medicamentos esenciales es fundamental para alcanzar el derecho a la salud 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 accesibles. 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 ellos 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 vida⁵¹.

Si bien ante la pandemia de Covid-19 los laboratorios de producción pública de medicamentos de la ciudad y la provincia no están enfocados en el desarrollo de fármacos específicos o vacunas, son parte de un engranaje esencial que abastece de medicamentos para pacientes crónicos a los CS, y permitió que los equipos de salud puedan dispensarlos casa por casa, aprovechando la estrategia para la inmunización antigripal de la población bajo cobertura. Esta distribución personalizada de medicamentos para usuarios con problemas de salud crónicos por un período de dos o tres meses evitó que los usuarios de la red municipal concurren a los CS y puedan cumplir, dentro de las distintas posibilidades, con el ASPO definido por el gobierno nacional y fundamentalmente no interrumpen los tratamientos farmacoterapéuticos preestablecidos. Los equipos de APS con vínculos construidos a través del tiempo llegaron a la casa de cada usuario porque conocen el territorio, conocen a las familias y porque son referentes de salud dentro de cada barrio.

⁴⁹ GOBIERNO DE SANTA FE. *Habilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Decisión N°71* Santa Fe, 2008.

⁵⁰ ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA. *Habilitación del Ministerio de Salud de la Nación*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018, Recuperado de: http://www.anmat.gov.ar/boletin_anmat/mayo_2018/Dispo_4961-18.pdf

⁵¹ ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. *Informe del Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a los Medicamentos*. Copenhague, 2016, Recuperado de https://highlevelpaneldevelopment.squarespace.com/s/50923-HLP-Report_SPANISH-v5_web.pdf

Son también los laboratorios de producción pública de la ciudad los encargados de producir no solo alcohol en gel ante la creciente demanda derivada de la pandemia de Covid-19, sosteniendo la distribución sin perjudicar el abastecimiento ni generando aumento desmedido de los gastos, sino que también son los responsables de elaborar repelente para afrontar la otra epidemia que está atravesando la región: el dengue. Allí también son clave las estrategias del primer nivel de atención con acciones organizadas de modo contextualizado en el territorio.

Luego de este recorrido por los aspectos que nos interesaron poner en discusión sobre la pandemia de Covid-19, consideramos que el trabajo en red y las estrategias de promoción de la salud son reconocidas en el territorio y junto con la participación ciudadana sostienen un plan de acción gestionado por un Estado que no niega lo individual, sino que busca crear espacios de discusión para lo colectivo desde un enfoque de derechos.

En ese sentido es fundamental que la producción pública de medicamentos sea parte de la agenda una política pública que define a la salud como un derecho humano, allí deberían concentrarse los esfuerzos de los distintos niveles de gestión.

Teniendo en cuenta el enfoque de Gonzalo Basile ⁵² los sistemas de atención en salud, en tanto instituciones colectivas, en su carácter de construcción histórica y temporal, significan la respuesta social y material que un Estado y Sociedad dan a las necesidades, prioridades y demandas de salud colectiva de un pueblo. Esa capacidad de respuesta que está en crisis en América Latina y el Caribe, parecen mostrarse diferente en la ciudad de Rosario.

En situaciones de emergencia sanitaria la posibilidad de contar con recursos y capacidades ya instaladas pueden brindar una respuesta distinta. Más allá de los datos epidemiológicos y del desarrollo que tenga en adelante la pandemia en la ciudad, sostenemos que hasta aquí todo lo construido permitió posicionarse con cimientos consolidados ante una situación de gran incertidumbre; y como se sabe la capacidad de las políticas públicas logran ponerse en evidencia según los resultados obtenidos en los momentos de mayor incertidumbre social.

⁵² BASILE, Gonzalo. *La triada de cuarentenas, neohigienismo y securitización en el SARS-CoV-2: matriz genética de la doctrina del panamericanismo sanitario*, Buenos Aires, FLACSO República Dominicana y CLACSO, Recuperado de: <https://www.clacso.org/matriz-genetica-de-la-doctrina-del-panamericanismo-sanitario/> 2020