

DERECHO A LA SALUD Y LAS AGENCIAS INTERNACIONALES DESDE UNA PERSPECTIVA LATINOMERICANA: VIH/SIDA EN LA AGENDA DE SALUD INTERNACIONAL DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA DE 2002, ARGENTINA

RIGHT TO HEALTH AND INTERNATIONAL AGENCIES FROM A LATIN AMERICAN PERSPECTIVE: HIV / AIDS IN THE INTERNATIONAL HEALTH AGENDA DURING THE HEALTH EMERGENCY OF 2002, ARGENTINA

Marisel Andrea Colautti

Universidad Nacional de Rosario

marisel.colautti@gmail.com

Resumen

Las dificultades para garantizar el suministro de medicamentos específicos para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) son recurrentes ante el avance de políticas de ajuste. En Argentina, el engranaje que sostiene el cumplimiento de obligaciones en salud pública es permeable a las crisis. El problema se focaliza en el momento más agudo de la crisis de diciembre de 2001, y se trabajó desde la perspectiva de Oszlak y O'Donnell.

Objetivo: reconstruir los procesos de discusión, generación e implementación de políticas públicas desde el Ministerio de Salud de la Nación —específicamente en su vínculo con las agencias internacionales—, con el fin de garantizar el suministro de antirretrovirales (ARV) a todas las personas viviendo con VIH/sida del país. Con un abordaje cualitativo, se utilizaron cuatro expedientes de la gestión de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación, actas de comisiones y se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a actores clave según su rol durante la emergencia sanitaria. Se presenta una categoría de la primera dimensión: estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV, categoría agencias internacionales. Se construyó una matriz de datos para analizar la información. La reconstrucción muestra que la problemática tenía agenda internacional y que los compromisos debían cumplirse a pesar de la crisis.

En el marco de los derechos económicos, sociales y culturales, se encuentran tensiones y contradicciones, teniendo en cuenta la progresividad y no regresividad de

los derechos. Los estados tienen doble presión internacional: organismos que monitorean indicadores de derechos y organismos de préstamo que definen en qué pueden gastar los países receptores. Los estados débiles institucionalmente, con baja autonomía y en crisis generan vulnerabilidad programática. El acceso a medicamentos es fundamental para alcanzar el derecho a la salud y es una problemática constante en países emergentes.

Abstract

Difficulties in guaranteeing the supply of specific drugs for the treatment of human immunodeficiency virus / acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) are recurrent given the advancement of adjustment policies. In Argentina, the gear that sustains compliance with public health obligations is permeable to crisis. The problem focuses on the most acute crisis in Argentina in December 2001, from Oszlak and O'Donnell's perspective.

Objective: to reconstruct the processes of discussion, generation and implementation of public policies from the National Health Ministry —specifically in its interaction with international agencies— in order to guarantee the supply of antiretrovirals (ARV) to all people living with HIV/AIDS of the country. Qualitative approach, documents were used: four dossiers of the medication management of the National Health Ministry and minutes of Commissions. Semi-structured individual interviews were conducted with key actors according to their role during the health emergency. A category of the first dimension is presented: Strategies implemented by the State to guarantee the acquisition of ARV, category: international agencies. A data matrix was constructed to analyze the information. The reconstruction showed that the problem had an international agenda and that the commitments had to be fulfilled despite the crisis.

Tensions and contradictions are found within the framework of economic, social and cultural rights, taking into account the progressivity and non-regressivity of rights. States have double international pressure: agencies that monitor indicators rights and in the other side, lending agencies that define the priorities of recipient countries. Institutionally weak States, with low autonomy and in crisis generate programmatic vulnerability. Access to medicines is essential to achieve the right to health and it is a constant problem in emerging countries.

Palabras clave: antirretrovirales; agencias internacionales; derecho a la salud; declaración de emergencia; Argentina.

Keywords: Anti-Retroviral Agents; International Agencies; Right to Health; Declaration of Emergency; Argentina.

El problema de investigación y el anclaje teórico

En Argentina, las dificultades para garantizar el suministro de medicamentos específicos para el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) son recurrentes ante el avance de políticas de ajuste. En esos contextos, la respuesta organizada del Estado destinada a problemas de salud pública en los que asumió obligaciones es socavada, el engranaje que sostiene su cumplimiento se presenta como permeable a las situaciones de crisis por las que atraviesa el país y termina por vulnerar el derecho a la salud. Los protagonistas, sus roles y consecuencias también parecen repetirse. En este sentido, el problema en cuestión focaliza en el momento más agudo de la crisis que atravesó Argentina a partir de diciembre de 2001. Sin embargo, con mayor o menor grado de intensidad, la discontinuidad o falta de medicamentos esenciales para personas viviendo con VIH/sida (PVVS) es cíclica, tal es así que durante los meses de enero y febrero de 2018 volvió a denunciarse públicamente la falta de medicamentos antirretrovirales (ARV), situación que, sumada a la fusión de los ministerios de Salud y de Desarrollo Social, terminó con la renuncia del director de Sida a nivel nacional (Colman, 2018; Iglesias, 2018; Página 12, 2018; Fundación Huésped, 2018)

Las investigaciones coinciden en que el VIH/sida es un fenómeno social total, que impacta en la vida física, psíquica, socio-económica, relacional y temporal de la persona, provocando una “ruptura biográfica” (Pecheny, 2001; Rozenblat, Biagini y Sánchez, 1999). Una de las aristas que el fenómeno ha logrado poner en escena es la contradicción que existe al concebir a los medicamentos, específicamente los ARV, como un bien social, si tenemos en cuenta los importantes réditos económicos que ellos generan. La génesis de la Ley 16.463, conocida como Ley Oñativia, actualmente vigente en Argentina, es un claro ejemplo de las dificultades que puede enfrentar un gobierno al intentar limitar los intereses de las corporaciones farmacéuticas. A pesar de que de 1964, es conocido que esa ley contribuyó a la enemistad con ciertos sectores que conspiraron para el derrocamiento del gobierno de Arturo Illia; constaba

de una sección técnica y otra económica, pero la segunda sucumbió junto con Illia (Taroncher Padilla, 2004).

En 1999, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) y la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria (SPyRS), a través de la Disposición 3185/99 y la Resolución 189/00, respectivamente, ajustaron los lineamientos internacionales a la realidad nacional y aprobaron las recomendaciones técnicas en cuanto a las exigencias de ensayos de equivalencia entre medicamentos de riesgo sanitario significativo¹. No obstante, la crisis desatada en Argentina durante diciembre de 2001 puso freno a algunas exigencias.

Schuster, Pérez, Pereyra, Armelino, Bruno, Larrondo, Patrici, Varela y Vázquez (2002: 2) consideran que “la crisis se trató de una tragedia política de una comunidad expuesta a la fragmentación de su propia autorrepresentación como cuerpo político”. El relato minucioso de lo ocurrido en el foco de la crisis, los últimos 15 días de 2001 y enero de 2002, refleja suficientemente tanto las transformaciones que experimentó la protesta social durante su curso como los avatares del contexto político-institucional frente al cual los actores de la protesta transformaron sus demandas, sus modos de manifestarse e, incluso, sus propias identidades políticas.

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

No se puede perder de vista que las características del sistema de salud argentino son complejas, ya que es un sistema heterogéneo, segmentado, superpuesto y altamente fragmentado, conformado por tres subsectores: público, seguridad social (incluye Programa Atención Médica Integral, obras sociales nacionales y provinciales) y privado (Ballesteros, 2017; Maceira, 2018). El federalismo característico del sistema de gobierno argentino, y del proceso de descentralización de servicios que se ha implementado, habilita a que cada jurisdicción sea responsable de

su sistema de salud, cuente con amplia autonomía para definir las políticas sanitarias que implementa y tenga a cargo su financiamiento. En ese marco, el Estado nacional administra y ejecuta programas nacionales de salud —como es el caso de VIH/sida— y debe entender, entre otras cosas, en la planificación global del sector salud, con el fin de implementar un sistema federal de salud con suficiente viabilidad social, coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial y municipal, de la seguridad social y del sector privado; y además construir consensos a nivel federal, intra e intersectorial (Lara y Hofbauer, 2004).

En esta dirección, se reconocen tres núcleos teóricos que consolidan el problema de investigación. En primer lugar, las crisis recolocan a las políticas públicas y las convierten en herramientas centrales para enfrentar la incertidumbre. Durante la crisis de 2001 en Argentina se tomó la decisión de declarar la emergencia pública y sanitaria por decreto (486/2002); no obstante, el concepto de emergencia no alcanzó para aliviar a los efectores públicos, que se vieron sobrepasados en su capacidad de atención y desabastecidos de medicamentos y otros insumos prioritarios.

La producción de Bauman y Bordoni (2016) permite acercarse a una definición de la palabra crisis. Según los autores, se culpa a la crisis de todo lo adverso, especialmente lo vinculado a lo económico. La palabra crisis perdió su significado original y ha adoptado una connotación puramente económica. En las décadas del 60 y 70 se hablaba de “coyuntura”: el hecho de vivir un período de coyuntura se consideraba una transición dolorosa pero necesaria para alcanzar una nueva fase de prosperidad, era un período breve en comparación con el resto de los períodos. Actualmente, se prefiere hablar de crisis en lugar de coyuntura o depresión, parece que este vocablo es más familiar y evoca la imagen de un momento de transición desde una condición previa a otra nueva, una transición necesaria para poder crecer, un decisivo paso adelante. En Argentina, durante las últimas décadas, se desencadenaron procesos de crisis y reformulación de las condiciones de la actividad del Estado en el área social. La concepción de ciudadanía que surge de la modernidad y se consolida en la segunda posguerra, íntimamente asociada al activo rol del Estado, en consecuencia, se encuentra en crisis. Desde que Estado de Bienestar se debilitó y el neoliberalismo afianzó sus postulados, la protección social del Estado se achicó (Belmartino, Levín y Repetto, 2001). En situaciones de crisis agudas, ese vínculo entre el Estado y los ciudadanos se deteriora porque el propio Estado y sus instituciones

pierden fuerza.

El segundo núcleo es el VIH/sida como fenómeno social total con fuerte impacto sobre las políticas públicas, la legislación y el ámbito de los derechos de ciudadanía. En ese sentido, observamos que los programas específicos han tenido modalidades cualitativamente diferentes al resto de las políticas de salud (Biagini, 2009). En los 80, se reportaron los primeros casos y el número aumentó rápidamente para convertirse en una pandemia. Sin embargo, tuvieron que pasar algunos años para que fuera reconocido como problema de salud pública, para que pudiera ser visto fuera de la esfera de lo privado. En los inicios, estaba vinculado directamente a usuarios de drogas intravenosas y a homosexuales, situación que generó estigmatización y discriminación, incluso dentro del propio sistema de salud. Los reclamos que generaron los primeros movimientos de PVVS colocaron en debate nuevas demandas; es claro que este tipo de movimiento y sus reclamos son distintos a los que se desarrollaron en el Estado de Bienestar, responden a otras racionalidades.

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

En términos de acceso a medicamentos, el Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, incorporó paulatinamente las distintas innovaciones tecnológicas de medicamentos al Formulario Terapéutico. Así, sobre finales de los 90 se comenzaba a hablar y acceder a triterapias o *highly active antiretroviral therapy* (HAART). Por lo tanto, las políticas públicas destinadas a VIH fueron adelantadas en relación con los lineamientos internacionales, teniendo en cuenta que recién en 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó los antirretrovirales a la Lista de Medicamentos Esenciales (OMS, 2001). En esa línea de trabajo, y en concordancia con lo establecido

para medicamentos de alto riesgo sanitario, en marzo de 2001, la Resolución 40/2001 de la SPyRS estableció la obligatoriedad de realizar estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia con la formulación que se comercializa o comercializará en el país para todas las especialidades medicinales que contengan como principio activo por lo menos uno de los ARV utilizados para el tratamiento de la infección con el VIH. Luego, en junio del mismo año, la Disposición 3311 de la ANMAT estableció las condiciones en las que debían realizarse esos ensayos. Esta misma disposición incluía un cronograma de presentación de los resultados de los estudios en función del tipo de ensayo que se requiriera, *in vivo* o *in vitro*.

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

El problema de investigación es abordado desde el posicionamiento teórico de Oszlak y O’Donnell (2007), que sostiene que estudiar los actores de las políticas públicas permite una visión del Estado en acción, desagregado y descongelado como estructura global, en un proceso social en el que se entrecruza con otras fuerzas sociales. Entonces, la pregunta principal es ¿cómo influyeron las agencias internacionales en las decisiones que tomó el Estado nacional con el fin de garantizar el suministro de medicamentos destinado a PVVS durante la crisis de 2002?

Los temas vinculados a la salud y la enfermedad de las poblaciones fueron los argumentos inaugurales para establecer conferencias internacionales. La gran epidemia del Misisipi en 1881 facilitó que se produjera la primera reunión en el continente americano: el interés primordial de los europeos era controlar la epidemia de cólera y el de los estadounidenses era el avance de la fiebre amarilla (Sacchetti y Rovere, 2011). En este clima nace la OPS, la agencia más antigua que aborda el discurso de la salud internacional. En el mismo momento, se crea la Organización de los Estados Americanos (OEA). A partir del surgimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, en el contexto de la posguerra, la OPS se alinea a esa lógica y es miembro del sistema de las Naciones Unidas. En la constitución de la OMS, se

proclamó el derecho a la salud y se afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (ONU, 2008: 1).

El camino que conduce a proclamar a la salud como un derecho humano continúa en la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1948. 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: su artículo 12 afirma que los estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (ONU, 2008).

Los cambios constitucionales en América Latina durante los últimos 25 años han supuesto un avance en la protección y justiciabilidad de los derechos sociales sin precedentes en otras constituciones. Se reconocen dos motivos fundamentales que propiciaron esta situación: en primer lugar, un proceso conectado al regreso de la democracia liberal y al Estado de derecho. Como consecuencia de ello, muchos países de Latinoamérica han reformado su Constitución, o han aprobado una nueva que incluye derechos sociales. Entre los países que han reformulado sus constituciones se encuentran Brasil (1988), Colombia (1991), Paraguay (1992), Argentina (1994), Ecuador (1998 y 2008), Venezuela (1999), República Dominicana (2002) y Bolivia (2009). Además, muchos de estos textos reconocen plena e igual jerarquía de todos los derechos y una serie de características que favorecen en gran medida la justiciabilidad de los derechos sociales. En segundo lugar, se generalizó la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos, tanto universales como regionales, incluyendo aquellos que reconocen derechos sociales (Bretón, Cortez y García, 2014). En consonancia, se les ha otorgado rango constitucional a distintos instrumentos internacionales.

Tanto la ONU como la OMS han montado una amplia estructura organizacional para supervisar la aplicación de los tratados de derechos humanos. Dentro de la ONU, existe un comité encargado del cumplimiento del PIDESC y responsable de elaborar los comentarios generales, que se entienden como auténticas fuentes de interpretación del Pacto. Se ha establecido que los estados tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo el acceso a los centros, bienes y servicios de

salud, sobre una base de no discriminación, en especial para grupos vulnerables o marginados. Ese comité se encarga, además, de generar recomendaciones en cuanto al acceso a medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas de la OMS, y de aplicar políticas de salud según bases epidemiológicas propias (Bretón *et al.*, 2014).

En 1969, la Convención Americana sobre Derechos Humanos incluyó dentro de sus artículos el derecho a que se respete la vida y la integridad física, psíquica y moral. Luego, en el marco del protocolo de San Salvador de 1988, adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el artículo 10, respecto al derecho a la salud definió salud como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social (OEA, 1988). En este marco, y con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los estados parte se comprometieron a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizar este derecho.

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

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

Desde los movimientos latinoamericanos, como el Centro de Estudios Brasileños para la Salud (CEBES) y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), se acuña el concepto salud colectiva, concebido como un movimiento ideológico que generó un campo científico y un ámbito de práctica contrahegemónica con diferencias significativas en relación a la salud pública convencional y al modelo

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

En 2008, se aprobó la última reforma de la Constitución de la República del Ecuador, que introduce el término “sumak kawsay”, del idioma indígena kichwa. El término ha sido traducido al castellano como “buen vivir” y se refiere inicialmente a la concepción de vida de las poblaciones indígenas de la región andina. La nueva Constitución, por primera vez, toma un concepto de las tradiciones indígenas como base para el ordenamiento y legitimación de la vida política (Bretón *et al.*, 2014).

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

En una reunión de líderes en salud internacional de la OPS, se propuso tomar decisiones y generar marcos teóricos que contemplasen las características de la globalización, ya que cualquier suceso que ocurre en una economía de cierto peso repercute en pocos minutos en el resto del mundo (OPS/OMS, 2009).

A propósito de la globalización, es interesante tomar a Roberto Esposito (2009) ya que, en su recorrido, incluye distintas situaciones que habilitan la discusión acerca de la existencia de una instancia jurídica que trasciende las fronteras territoriales del derecho y al derecho mismo como forma de delimitación de territorios. Los migrantes clandestinos o refugiados privados de derechos civiles son percibidos por los estados como amenazas del orden público y biológico, en tanto como portadores no controlables de enfermedades como viruela, dengue, influenza H1N1 y zika, entre otras. El autor resalta un informe de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos donde se clasifica al SIDA entre los primeros cinco de los 75 factores de desestabilización a escala planetaria.

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

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

En 1995, surgió la iniciativa regional de BM sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y el Programa Mundial contra el SIDA unió los esfuerzos de seis agencias de Naciones Unidas estableciendo el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), integrado por la OMS, el BM y otras organizaciones internacionales que proporcionaba apoyo a los países de la región promoviendo proyectos de investigación o estudios de caso que contribuyeran a

generar información útil para la toma de decisiones. Estos grupos de cooperación técnica y agencias internacionales de VIH/ sida marcaron la agenda y la dinámica de las políticas públicas específicas de cada uno de los países (Biagini, 2009).

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

En el sistema constitucional argentino, los tratados de derechos humanos tienen la misma jerarquía que la Constitución. En relación al derecho a la salud, en su artículo 42, posreforma de 1994, se establece que “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su

salud” (Congreso de la Nación Argentina, 1994). En su segunda parte, la Constitución Nacional, a través de su artículo 75, establece que los tratados con las demás naciones y las organizaciones internacionales, así como 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.

En función de la pregunta de investigación previamente formulada, el objetivo es reconstruir los procesos de discusión, generación e implementación de políticas públicas desde el Ministerio de Salud de la Nación —específicamente en su vínculo con las agencias internacionales—, con el fin de garantizar el suministro de ARV a todas las PVVS del país.

Metodología

El problema de investigación guía el desarrollo metodológico a un abordaje cualitativo (De Souza Minayo, 1997; Vasilachis de Gialdino, 2006). Desde esa perspectiva se utilizaron diversos documentos: expedientes de la gestión de medicamentos del Ministerio de Salud de la Nación y documentos oficiales, como actas de la Comisión Federal de Salud (COFESA). Además, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas a actores clave.

Los documentos son considerados “huellas” de una cultura, son materiales informativos sobre un determinado fenómeno social que existe con independencia de la acción del investigador; en este caso, se utilizan “documentos institucionales” (Corbetta, 2007). Se trata de documentos políticos-administrativos y contienen material muy heterogéneo, como leyes, resoluciones, cartas, telegramas, correos electrónicos, desgrabaciones de líneas telefónicas del propio Ministerio de Salud, actas de reuniones, recortes de periódicos. Se accedió a cuatro expedientes del período, que fueron escaneados y digitalizados en imágenes folio a folio. La descripción general de los expedientes se encuentra en la Tabla 1. Se estableció un código alfanumérico para referenciar los expedientes a lo largo del texto: expediente número; cuerpo número; imagen número (“E” número - “C” número - “I” número).

El análisis del proceso de implementación de una política exige tener en cuenta numerosos aspectos y requiere ser concebido de una manera amplia, flexible y multidimensional. La perspectiva teórica de Oszlak y O’Donnell (2007) permite

comprender cuáles son los elementos que se ponen en juego en la definición de las políticas estatales. Ellos proponen usar una analogía musical para mostrar su enfoque y el lugar que les asignan a las políticas estatales dentro del vínculo Estado-sociedad. Según este esquema, las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se va produciendo su alrededor definen y encuadran un proceso social. La sistematización y análisis del material se realizó según las dimensiones previamente definidas, luego se operacionalizaron en categorías para conformar una matriz de datos e interpretar la información hallada tanto en expedientes como en las entrevistas semiestructuradas. Esa información fue puesta en diálogo con la bibliografía de referencia, según dimensiones y categorías definidas que responden a los tres grupos de actores: Estado, industria farmacéutica y sociedad civil. En esta comunicación se presenta una categoría de la primera dimensión: estrategias implementadas por el Estado para garantizar la adquisición de ARV; categoría, agencias internacionales.

A medida que se avanzó en la lectura y análisis de las imágenes que forman parte de los expedientes, se organizaron las entrevistas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas, previa autorización del entrevistado/a; entre ellos, miembro de ONUSIDA Latinoamérica, director ejecutivo del Programa Nacional y Ministro de Salud de la Nación, miembro de organización de PVVS, médico asesor del Ministerio y jefe de Programa de CABA. El criterio para elegirlos fue su rol en la problemática en el momento más agudo de la emergencia sanitaria (Corbetta, 2007). Con la finalidad de preservar la confidencialidad de los entrevistados, se utilizó como referencia el cargo o rol que tuvieron en el contexto de la investigación.

Respecto del análisis, se realizó a partir de la matriz de datos en donde concentramos la información de los distintos tipos de documentos y lo obtenido de las entrevistas semiestructuradas (Borsotti, 2009). Se llevó adelante un análisis cualitativo de los distintos tipos de documentos, interpretándolos en su globalidad y desde el punto de vista de sus significados, subdividiéndolo en elementos homogéneos para relacionarlos después entre sí. En relación a las entrevistas, se consideró que brindaron la información necesaria para contextualizar los procesos minuciosamente detallados en los expedientes.

Tabla 1:
 Expedientes de adquisición de medicamentos, Ministerio de Salud de la Nación

Expediente	Fecha (desde/a)	Carátula	Incluye	Folios	Ítems adquiridos
2002-1350-02-03 (E1350)	12/02/2002 22/02/2007	Unidad Coordinadora y Ejecutora (UCE) VIH/SIDA - Medicamentos SIDA. Contratación directa N° 12/02.	Exp. compuesto por 6 cuerpos	2126	48
2002-5587-02-8 (E5587)	19/06/2002 15/01/2003	Programa Nacional Lucha contra el SIDA Compra directa de medicamentos para SIDA - contratación directa 40/02.	Exp. compuesto por 8 cuerpos. (incluye Exp. 7870-02-09, impugnación Lab. Merck, y Exp. 11991-02-7, impugnación Lab. Klonal	2262	46
2002-7970-03-1 (E7970)	04/07/2003 26/03/2004	Programa Nacional de Lucha contra SIDA Compra de ARV para pacientes con SIDA Licitación pública 15/2003.	Exp. compuesto por 9 cuerpos (incluye Exp. 2002-15602-03-3, Pharmos SA - Extracto: nueva prórroga orden de compra) Cuerpo 3: falta, consta en nota del Jefe de Archivo que detalla la búsqueda exhaustiva sin éxito.	2225	46
2002-10351-03-2 (E10351)	22/08/2003 26/01/2006	Programa de Lucha contra el SIDA Compra de medicamentos para SIDA Licitación pública 18/2003	Exp. compuesto por 7 cuerpos	2000	26

Fuente: elaboración propia.

Resultados

Argentina fue pionera en la región en cuanto a legislación específica para el VIH/sida. La cobertura para los medicamentos específicos fue establecida, entre otras cosas, en la Ley de SIDA, ley 23.798, de 1990. Cinco años después, se aprobaron las leyes para que obras sociales y prepagas contemplasen dentro de sus planes la atención de este problema de salud (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

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

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

“El sida en varios países del mundo y en Argentina especialmente tiene un movimiento social muy importante, para los gobiernos suspender los antirretrovirales sería desatar otra crisis y ahí la prensa argentina siempre fue muy cercana al tema sida [...] Argentina tenía ley de SIDA, el gobierno tenía el compromiso de proveer los medicamentos. El gobierno no tenía condición para interrumpir la provisión a pesar de la crisis, sí o sí tenía que proveer los medicamentos [...] Interrumpir era un escándalo mundial ante las agencias internacionales, ONUSIDA, la prensa internacional y las organizaciones internacionales de SIDA y Derechos Humanos [...] En Brasil pasó lo mismo: millones de dólares para SIDA por la ley y por la presión social”.

La mirada es compartida por uno de los referentes de organizaciones de PVVS: “Los organismos internacionales y la sociedad civil actúan como una tenaza y presionan a los estados, las organizaciones civiles tienen representación a nivel internacional y son

interlocutores respetados”.

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

“Los datos recogidos hasta el 31 de diciembre de 2001 muestran que el total de casos de Sida es de 21.236” (E1350C1I2) (E5587C1I20).

“Los datos recogidos hasta el 31 de marzo de 2003 muestran que el total de casos de SIDA es de 23.235” (E7970C1I3, E10351C1I2).

Además, en esas mismas notas se plantea el vínculo con organismos internacionales como ONUSIDA y Banco Mundial. En primer lugar, se hacía mención a la Conferencia de Ginebra de 1998 para avalar la adecuación de los tratamientos terapéuticos que se debían adquirir; y en segundo término, al Banco Mundial por la necesidad de redireccionamiento de fondos adjudicados al país:

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

Es importante remarcar la relevancia que tienen esas conferencias, no sólo en las áreas de gobierno sino también en los medios de comunicación como en los espacios académicos. La conferencia a la que se está haciendo referencia es la número 12, los coorganizadores eligieron destacar la necesidad urgente de reducir las desigualdades cada vez mayores que planteaba la pandemia del VIH/sida. Según las conclusiones de la Conferencia de Ginebra, en ese momento en los países industrializados había 12 ARV aprobados por las agencias reguladoras para la práctica clínica (Izazola Licea, 1999). Algunos investigadores (Izazola Licea, 1999) aseguran que la disparidad más importante en materia de acceso a los recursos es, sin duda, la que se observa entre el Norte y el Sur; entre otros, aquellos vinculados con los prometedores resultados anunciados en la conferencia de 1996, en Vancouver.

En Argentina, los modos de adquisición de medicamentos específicos fueron determinados por los consensos que se alcanzaban con los organismos internacionales. En función de las decisiones y tiempos estipulados, se definía la

metodología de compra y luego se intentaba ajustarla a las normativas nacionales vigentes; así se encuentra en los expedientes de adquisición:

“[...] con el fin de solicitar una compra directa de medicamentos para personas viviendo con VIH/SIDA en carácter de urgente [...] Al respecto, deseo poner en su conocimiento que este Programa no llevó a cabo otras con anterioridad, ya que — en el marco de las restricciones presupuestarias vigentes— esperaba disponer para esta fecha de los fondos del Banco Mundial para hacer frente a la emergencia sanitaria, de acuerdo a lo acordado durante la misión celebrada en Washington en el mes de febrero de 2002 [...] Para disponer de dichos fondos, es necesario proceder a la enmienda del Convenio de préstamo del proyecto VIGÍA, a fin de establecer todas las condiciones relativas para la adquisición. Esta enmienda aún no ha sido formalizada.

Por otra parte, este Programa había previsto destinar fondos disponibles del Proyecto LUSIDA para la compra de reactivos y eventualmente de medicamentos por un monto aproximado de U\$S 1,5 millones. Para ello se solicitó la extensión del proyecto y reasignación entre las categorías del préstamo. Si bien el Banco nos ha comunicado la extensión hasta el 31 de diciembre, no hemos obtenido respuesta sobre la solicitud de asignación”. (E5587C1120)

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

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

“Este pedido surge debido a los atrasos en la aprobación del Pliego del Banco Mundial y los plazos administrativos que en el mismo se establecen, hechos que provocarán faltantes de algunos medicamentos ARV por uno o dos meses, según la droga, y hasta la recepción definitiva de dicha compra [...]”. (E7970C113, E10531C112)

“Es así que, ante las características de la Epidemia del SIDA en la Argentina y la incertidumbre de este escenario en relación a las compras del Banco Mundial, se ha de diligenciar una compra de medicamentos por el Programa Nacional de SIDA que cubra hasta agosto del corriente año, fecha en la que se supone se dispondrá de los fondos solicitados al Banco Mundial”. (E5587C1122)

Al respecto, el exministro de Salud recuerda:

“BM nunca te da plata para insumos, cuando llegué al Ministerio era el *default*, fui

a Washington con la primera dama para ver si conseguíamos algo, los préstamos se dan para las consultoras y para que trabajen los amigos de ellos. Yo les dije: «muchachos, nosotros no tenemos nada», con los créditos que ya estaban otorgados compré leche y ARV, plata que había para el Riachuelo y no se usaba. Lavagna me decía «pedí dólares, que a vos te tienen confianza», así sacamos el Remediar. Los créditos ya estaban otorgados. «Flaco, ustedes son los prestamistas», yo les decía, «yo pido plata para lo que necesito, no para lo que ustedes me digan».

La perspectiva es compartida por la Jefa de Programa de ese momento: “Todos los fondos del BM se redireccionaron para comprar insumos, pero llevó un año justificar ante el BM que necesitábamos plata para otra cosa”.

En ese sentido, el exconsultor de ONUSIDA afirma:

“ONUSIDA pagó como consultores a profesores de la UBA, apoyamos diseño del Proyecto de SIDA para presentar a Fondo Global y Argentina ganó [...] Esos dólares se usaron para otras acciones, no para medicamentos, para acciones de prevención y movilización social. Para los medicamentos se usaba Tesoro nacional y eso tenía que facilitarlo el gobierno”.

En la misma línea, un asesor médico del momento agrega:

“Hubo una licitación con la que queríamos ver de hacer entrar productos de la India, pero era un proceso muy engorroso, no fue una alternativa hacer compras internacionales [...] En 2008 se hizo una compra a través de OPS con fondo estratégico, son procesos muy largos, no podíamos ingresarlos desde la aduana”.

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

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

Durante 2003, se realizaron negociaciones conjuntas entre varios países de América Latina. Una de las asesoras económicas del Ministerio de Salud de ese momento narra:

“Los resultados de las negociaciones de Lima 2003 y Buenos Aires 2005 fueron excelentes. La reducción lograda en los precios de compra para los ARV fue muy significativa, especialmente para los países que estaban enfrentándose a los

precios más altos de la región. Se lograron reducciones entre el 25 y el 90 por ciento en algunas terapias. El impacto fue mucho más importante en 2003 que en 2005, dado que la dinámica ya había sido conocida para los laboratorios y muchos de los que habían participado en la negociación de 2003 no se presentaron en 2005. Sin embargo, se obtuvieron reducciones entre el 6 y el 30 por ciento”.

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

“El precio de los ARV tenía un impacto muy serio por distintas razones. Lo que se hizo fue con Brasil, que era el otro gran comprador, pero incluyendo a los otros países. Hicimos estas reuniones, que eran muy particulares. Ahí se presentaba la industria, era una cosa muy linda, por lo menos para mí, y la verdad es que conseguimos precios muy buenos, comparativamente, a los que estábamos pagando [...] No se podía hacer una compra regional porque no podíamos mezclar la plata de un Estado con otro, lo que hacíamos era tener un precio común. Después, cada país decidía cuándo, cómo y cuánto compraba; si no, era una cosa imposible. Negociamos juntos precios, como un precio estabilizado, con los volúmenes y tiempos de pago de cada país”.

Al respecto, el coordinador de ONUSIDA de Cono Sur dice:

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

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

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

Otra organización internacional nombrada por los entrevistados es la Fundación Bill Clinton (BC). Para un exasesor médico del Programa Nacional, “la Fundación BC te decía dónde estaban vendiendo los medicamentos más baratos aprobados por la OMS por su sistema de precalificación; era mucho más barato, pero después, sacarlo de la Aduana, no se pudo”. Según el asesor ONUSIDA Cono Sur, “la Fundación BC es de cooperación, se tenía una relación muy cercana en cuanto a medicamentos para

SIDA, apoyó especialmente en el tema de los medicamentos para niños”.

Discusión

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

“de suma urgencia ampliar las actividades que se realicen en la región en este campo con la participación de toda la sociedad y en los programas de salud, especialmente en la atención primaria de la salud, en el marco de los programas de salud sexual y reproductiva y de equidad de género. En las políticas que se apliquen y los programas que se ejecuten es imprescindible la plena integración de las medidas de prevención del VIH como parte de los servicios de salud sexual y reproductiva y viceversa”. (ONU, 2005: 164)

La reconstrucción realizada muestra que la problemática del VIH tenía agenda internacional y que los compromisos asumidos debían cumplirse a pesar de la situación del país. En ese sentido, Pautassi (2010) plantea que, en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales, ante las crisis económicas, los estados deben prestar especial atención a los grupos vulnerables y las PVVS se consideran parte de ese grupo. Pese a ese tipo de exigencias internacionales, era muy difícil para los decisores políticos y gestores brindarles relevancia a los medicamentos para el VIH/sida cuando las carencias eran tan notorias para la mayoría de la población argentina. Se encuentran coincidencias con lo planteado por Follér (2012: 54), quien asegura que “la industria farmacéutica y las organizaciones de la sociedad civil son partes integrantes de la gobernanza mundial del SIDA y están transnacionalizando sus actividades, mientras el Estado y las instituciones públicas que guían el desarrollo siguen siendo nacionales”.

Los resultados muestran las tensiones y contradicciones que se generan en el

marco de los derechos económicos, sociales y culturales en cuanto a sus alcances y contenidos, especialmente teniendo en cuenta la progresividad y no regresividad de los derechos. La no regresividad constituye una limitación explícita que los tratados de derechos humanos y la Constitución imponen sobre los poderes Legislativo y Ejecutivo e indirectamente sobre el Poder Judicial (Pautassi, 2010). Así, el Estado debiera estar vedado de adoptar políticas, implementar programas o acciones de gobierno que empeoren la situación de los derechos sociales de los que ya gozaba la población. Esa debería ser la premisa para no generar lo que algunos autores definen como vulnerabilidad programática, ya que son las propias instituciones del Estado las que propician el desamparo a aquellos que estaban bajo la protección del Estado (Ayres, Paiva y Franca, 2018). En el momento en el que no se logran concretar compras de medicamentos y se empiezan a generar faltas en los hospitales y centros de salud del país, el derecho a la salud de esas personas se encuentra vulnerado y muestra regresión. No obstante, organizaciones como ALAMES y el Movimiento por la Salud de los Pueblos, críticos con las organizaciones internacionales hegemónicas, ubican sus reclamos bajo el paraguas del derecho a la salud y cuestionan la transferencia de fondos del Norte al Sur que generan mayores grados de dependencia y perpetuidad en la categoría de países en vías de desarrollo.

En el período bajo estudio, el contexto regional se encontraba predispuesto al trabajo en bloque y a la defensa de los intereses de la región Sur, situación que benefició a Argentina. En el marco del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA, se inició en 2002 el Programa Brasileño de Cooperación Internacional, que brindó apoyo técnico a los países pobres en el Sur Global. Brasil quería, a diferencia del BM y otros donantes, demostrar que era posible producir ARV sostenibles en países con recursos financieros limitados. El gobierno brasileño comenzó a ofrecer acceso universal a tratamientos ARV de primera línea a los países vecinos de América Latina comprometidos a combatir la epidemia. El propósito buscado era contribuir al fortalecimiento de las políticas y a los esfuerzos nacionales apoyando el acceso universal al tratamiento ARV (Follér, 2012)

En el momento más agudo de la crisis, Schuster *et al.* (2002: 59) reconstruyen el momento en que Brasil envió partidas de insulina a Argentina, que fue calificado por el canciller Ruckauf como un “gesto de amor”. Así, la ayuda internacional y específicamente regional parece clave para sostener la provisión de algunos insumos esenciales. No obstante, cabe retomar un punto que también es trabajado por

Schuster *et al.* (2002: 59) en su descripción, donde se asegura que el 9 de enero de 2002 el gobierno nacional anunció “la posibilidad de distribuir productos retenidos en la aduana: ropa, alimento y calzado para los planes sociales”. Sin embargo, en las entrevistas realizadas a los referentes de la problemática en cuestión, estos sostienen que la aduana no liberaba medicamentos que se lograban comprar a mejores precios por la intervención de fundaciones internacionales. Ante tal comentario, se habilita el interrogante: ¿quién gestionaba la aduana? Si formaba parte de la estructura del propio Estado, ¿cuál era su rectoría? Y más institucional aun: ¿cuáles eran los lineamientos de la política de medicamentos? Estas preguntas permiten reflexionar acerca de la institucionalidad, autonomía y capacidad del Estado para gestionar en su territorio. A pesar de las contradicciones del propio Estado, es claro que los medicamentos no son un bien de consumo como cualquier otro.

El acceso a medicamentos es una parte fundamental del derecho a la salud y su problemática es una constante en países emergentes, más aún en un período recesivo como el estudiado. Según Sonia Tarragona y Catalina de la Puente (2003), la principal barrera para el acceso a medicamentos está puesta en los modos con los que se financian. La profundidad de la crisis y la necesidad de respuestas propiciaron la introducción de una política de medicamentos desde inicios de 2002: la Ley de Prescripción por Nombre Genérico o Denominación Común Internacional. Así, la crisis fue favorable para que se produjeran cambios en políticas de medicamentos que venían siendo sistemáticamente postergadas por los distintos gobiernos en función de diversos intereses económicos.

El exministro de Salud nos reconoce la oportunidad que brindó la crisis. En ese contexto, logró plasmar a nivel país el proyecto que había trabajado en Provincia de Buenos Aires: “Si no hubiera habido esa crisis la ley de genéricos no salía, el periodismo estaba en contra, como Longobardi, decía que la gente se iba a morir por los genéricos...”.

Conclusión

Las reglas mundiales, en relación con la salud y específicamente en VIH/sida, influyen en la agenda de los países y así se pone en evidencia el poder de la comunidad internacional, particularmente 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. Además, es un derecho

expansivo ya que las necesidades dependen de lo que es posible tratar, un ámbito cuyas fronteras se encuentran en expansión permanente (Yamin y Gloppen, 2013). En este sentido, los estados tienen una doble presión internacional: por un lado, los organismos que proponen y monitorean indicadores de derechos; y por otro lado, los organismos de préstamo que deciden en qué pueden o no gastar los países receptores de los fondos otorgados, que de esta manera les quitan a los estados autonomía para definir sus prioridades. Los estados débiles institucionalmente, con baja autonomía y en momentos de crisis, son territorios fértiles para que aparezcan rasgos concretos de vulnerabilidad programática.

A pesar del tiempo transcurrido desde el momento objeto de investigación, la persistencia de crisis cíclicas en países latinoamericanos permite sostener la vigencia del problema. Se puede concluir que existen al menos dos puntos fundamentales para generar fortaleza institucional en la problemática abordada: en primer lugar, la definición de una política de medicamentos estratégica enmarcada en una política de salud nacional; y en segundo lugar, la decisión política de potenciar los acuerdos con los países de la región para generar fortalezas a la hora de negociar con la industria farmacéutica.

En estos contextos, sería deseable que los distintos actores se empoderen **de** con las lecciones aprendidas y generen herramientas que posibiliten anticipar respuestas institucionalizadas para garantizar el derecho a la salud como un derecho humano fundamental.

Referencias bibliográficas

ANMAT. (1992). "La ANMAT y la bioequivalencia. 1ª parte". *Consultor de Salud*, 375, noviembre. Recuperado en:

http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Documentos_Informativos/Consultor_n%C2%BA375_1%C2%BA_nov.pdf [consulta: agosto de 2014].

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; y FRANCA, Iván. (2018) De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. En Alejandro Capriati (comp.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, pp. 35-64. Buenos Aires: Teseo.

- BALLESTEROS, Matías. (2017). "El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad". *Millcayac: Revista Digital de Ciencias Sociales*, 4-6, 169-174. Recuperado en: <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886> [consulta: agosto de 2019].
- BAUMAN, Zygmunt y BORDONI, Carlo. (2016). *Estado de crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- BELMARTINO, Susana; LEVÍN, Silvia; y REPETTO, Fabián. (2001). "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso". *Socialis. Reflexiones Latinoamericanas sobre Política Social*, 5, 53-83.
- BIAGINI, Graciela. (2009). *Sociedad civil y VIH-SIDA. ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses?* Buenos Aires: Paidós.
- BORSOTTI, Carlos. (2009). *Temas de metodología de la investigación*. Buenos Aires: Miño Dávila.
- BRETÓN, Víctor; CORTEZ, David; y GARCÍA, Fernando. (2014). "En busca del sumak kawsay". *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 48, 9-24.
- COLMAN, Romina. (2018). "Medicamentos de VIH: solo un 25% de los montos invertidos fueron licitación pública". *La Nación*, 11 de octubre. Recuperado en: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/medicamentos-vih-nid2179708> [consulta: octubre de 2018].
- CONGRESO DE LA NACIÓN ARGENTINA. (1994). *Constitución Nacional Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm> [consulta: junio de 2019].
- CORBETTA, Piergiorgio. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. (1997). *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar.
- ESPOSITO, Roberto. (2009). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- FOLLÉR, Maj-Lis. (2012). Cooperación Sur-Sur: Asociación Brasil-Mozambique y la construcción de una planta de medicamentos para el SIDA. En Carla Morasso y Gisela Pereyra Doval (comps.), *Argentina y Brasil: proyecciones internacionales, cooperación Sur-Sur e integración*, pp. 49-68. Rosario: UNR.

- FUNDACIÓN HUÉSPED. (2018). "Sobre el faltante de medicamentos ARV". *Fundación Huésped*, 19 de enero. Recuperado en: <https://www.huesped.org.ar/noticias/faltante-medicamentos-arv/> [consulta: octubre de 2018].
- IGLESIAS, Mariana. (2018). "Alerta por faltante de medicamentos para pacientes con VIH". *Clarín*, 19 de enero. Recuperado en: https://www.clarin.com/sociedad/alerta-faltantes-medicamentos-pacientes-vih_0_HJxDWN-Sf.html [consulta: enero de 2018].
- IZAZOLA LICEA, José Antonio (ed.). (1999). *El SIDA en una visión y el Caribe: América Latina multidisciplinaria*. México D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- LARA, Gabriel y HOFBAUER, Helena (ed.). (2004). *VIH/sida y derechos humanos: el presupuesto público para la epidemia en Argentina, Chile, Ecuador, México y Nicaragua*. México D.F.: Martínez y Gamboa.
- MACEIRA, Daniel. (2018). *Morfología del sistema de salud argentino. Descentralización, financiamiento y gobernanza*. Buenos Aires: CEDES. Recuperado en: https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Doc_t141.pdf [consulta: agosto de 2019].
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (Dirección de SIDA y ETS). (2014). *Conocé tus derechos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/conoce-tus-derechos/legislacion-especifica> [consulta: agosto de 2014].
- OEA. (1988). *Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José*. San José, Costa Rica: OEA. Recuperado en: https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf [consulta: junio de 2019].
- OMS. (2001). *Estrategia farmacéutica de la OMS. Procedimiento revisado de actualización de la Lista Modelo OMS*. EB109/8. Recuperado en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb1098.pdf [consulta: junio de 2019].
- ONU. (2005). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Recuperado en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2797/1/S2005002_es.pdf [consulta: junio de 2019].
- ONU/OMS. (2008). *El derecho a la Salud*. Recuperado en: <https://acnudh.org/el-derecho-a-la-salud-folleto-informativo-no-31/> [consulta: enero de 2016].
- ONUSIDA. (2002). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Recuperado en:

http://data.unaids.org/pub/report/2002/brglobal_aids_report_sp_reduced_es.pdf

[consulta: enero de 2015].

OPS/OMS. (2009). *Modelo conceptual de salud internacional. Fuerza de análisis: determinantes internacionales de salud y modelos de desarrollo*. Washington D.C.: OPS/OMS.

OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo. (2007). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En Carlos Acuña (comp.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas. Retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*, pp. 555-584. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación.

Recuperado en:

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/635282CFAD7C1F5B05257C4D005F3CFE/\\$FILE/1_pdfsam_textos-sobre-estado-reforma-oszlak-y-otros.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/635282CFAD7C1F5B05257C4D005F3CFE/$FILE/1_pdfsam_textos-sobre-estado-reforma-oszlak-y-otros.pdf)

[consulta: junio de 2019].

PÁGINA 12. (2018). "El ajuste llegó a los pacientes con VIH". *Página 12*, 20 de enero. Recuperado en: <https://www.pagina12.com.ar/90386-el-ajuste-llego-a-los-pacientes-con-vih> [consulta: enero de 2018].

PAUTASSI, Laura. (2010). Indicadores en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Más allá de la medición. En Laura Pautassi y Víctor Abramovich (ed.), *La medición de derechos en las políticas sociales*, pp.1-87. Buenos Aires: Del Puerto.

PECHENY, Mario. (2001). "Evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América". Ponencia presentada en el *XXIII Congreso de la Latin American Studies Association (LASA)*. Washington, Estados Unidos, 6-8 de setiembre.

PRICE-SMITH, Andrew. (2008). *Contagion and Chaos. Disease, Ecology and National Security in the Era Of Globalization*. Cambridge, Massachusetts: The Mit Press.

ROZENBLAT, Enrique; BIAGINI, Graciela; y SÁNCHEZ, Marita. (1999). *El hospital público y la representación social del complejo VIH/SIDA*. Washington D.C.: OPS.

SACHETTI, Laura y ROVERE, Mario. (2011). *Cañones, mercancías y mosquitos*. Buenos Aires: El Ágora

SCHUSTER, Federico; PÉREZ, Germán; PEREYRA, Sebastián; ARMELINO, Martín; BRUNO, Matías; LARRONDO, Marina; PATRICI, Nicolás; VARELA, Paula; y VÁZQUEZ, Melina. (2002). "La trama de la crisis. Modos y formas de protesta social a partir de los acontecimientos de diciembre de 2001". Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

SILVA PAIM, Jairnilson. (2011). *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar.

TARONCHER PADILLA, Miguel Ángel. (2004). *Periodistas y prensa semanal en el golpe de Estado del 28 de junio de 1966: la caída de Illia y la Revolución Argentina*. Tesis de Doctorado en Historia. Universidad de Valencia, España.

TARRAGONA, Sonia y DE LA PUENTE, Catalina. (2003). *La política nacional de medicamentos. ¿Qué se hizo? ¿Qué queda por hacer?* Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado en: <https://docplayer.es/928192-La-politica-nacional-de-medicamentos-que-se-hizo-que-queda-por-hacer.html> [consulta: noviembre de 2015].

UGALDE, Antonio y HOMEDES, Nuria. (2007). "América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales". *Salud Colectiva*, 3-1, 33-48.

VASILACHIS DE GIALDINO, Irene. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.

YAMIN, Alicia y GLOPPEN, Siri. (2013). *La lucha por los derechos de la salud*. Buenos Aires: Siglo XXI.

ZEBALLOS, José Luis. (2003). *Argentina: efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003*. Buenos Aires: OPS/OMS.

Notas

¹ Medicamentos de riesgo sanitario alto implican "la probabilidad de aparición de complicaciones de la enfermedad, amenazantes para la vida o para la integridad psicofísica de la persona y/o de reacciones adversas graves (OMS), cuando la concentración sanguínea de la droga no se encuentra dentro de la ventana terapéutica (cociente entre la concentración máxima no tóxica y la concentración mínima efectiva)" (ANMAT, 1992: 4).

Fecha de envío: 05 de julio de 2019. Fecha de dictamen: 13 de noviembre de 2019.
Fecha de aceptación: 25 de noviembre de 2019.