

Desigualdad en el acceso a medicamentos

Análisis del Programa Remediar como instrumento de política distributiva



*Leandro Gamba**

El debate sobre las desigualdades en las sociedades modernas se constituye en una agenda determinante para el diseño de estrategias que permitan impulsar mejores condiciones de bienestar y de acceso a derechos para la población.

Las desigualdades son la consecuencia de procesos sociales y políticos históricos derivadas de la interacción de diferentes actores y variables, dentro de las cuales se inscriben las políticas públicas. Mazzola (2021) sostiene que

las políticas actúan como sistema y retroalimentan y generan (des)igualdades. Al analizar la desigualdad debemos atender a la relevancia que tienen los contextos institucionales particulares y pensar qué modelos de regulación socio-política pueden generarse que favorezcan procesos de igualdad social creciente en el marco de los sistemas capitalistas de producción.

Entre las múltiples desigualdades que se expresan en nuestras sociedades, la salud constituye una dimensión central, por ser un aspecto de la vida de las personas condicionado por determinantes sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales, al tiempo que las condiciones de salud individual y colectiva, fungen como determinante de los primeros.

* Abogado.

Es por ello que el análisis de las políticas públicas de salud, en tanto instrumentos que permiten agravar o mitigar las desigualdades que preforman a nuestras sociedades, se constituye en un capítulo necesario a la hora de pensar en los modelos de Estado y democracia en nuestros países.

Dentro del amplio campo de las políticas públicas sanitarias, un debate recurrente es el del acceso a servicios de salud en general y el acceso a los medicamentos en particular. Por la centralidad de los medicamentos en la restauración de la salud o la prevención de su deterioro y, por lo tanto, en la preservación del principal capital de los trabajadores y trabajadoras, como por el complejo ecosistema de intereses económicos y políticos que entran en juego, el debate sobre el desigual acceso a medicamentos mantiene vigencia desde hace décadas.

En este trabajo, que no pretende agotar el tema ni se acerca a ello, se buscará analizar las modalidades de la principal política de acceso gratuito a medicamentos de nuestro país, que es el Programa Remediador implementado a partir del año 2002.

Para brindar contexto a dicha iniciativa y los arreglos institucionales que la misma conllevó, es necesario construir en primera instancia un marco a través de coordenadas conceptuales de lo que suponen los medicamentos en nuestra sociedad.

Seguidamente, se hará un breve repaso sobre la década de 1990 como período en el que el acceso al medicamento estuvo restringido para amplios sectores de la ciudadanía y en los que se produjeron cristalizaciones institucionales relevantes para las políticas en salud, particularmente.

Finalmente, se analizará la toma de posición del Estado nacional, tras la crisis de comienzos del siglo XXI en relación con la cuestión del medicamento, a partir de la implementación del Programa Remediador, y las modalidades propias de este instrumento redistributivo, en el marco de un país federal, para el período que abarca desde su creación hasta el año 2015, por considerar que a partir de allí se abre una nueva etapa de esta política.

Medicamentos. Nociones y conceptos generales

Los medicamentos son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como aquellas sustancias o productos utilizados en el ser humano con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos. De manera similar, la farmacopea argentina define a los medicamentos como “toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra” (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, 2013).

En ambas definiciones se puede identificar que el fin de los medicamentos está directamente ligado con la salud de las personas y la posibilidad de restaurarla.

Desde el siglo XX, la industria farmacológica experimentó saltos cualitativos que redundaron en un invaluable aporte a la salud mundial. Durante la década de 1940 la aparición de los primeros antibióti-

cos determinó avances cruciales para la contención de enfermedades infectocontagiosas, al tiempo que comenzaba un incipiente proceso de desarrollo de presentaciones destinadas al manejo de enfermedades crónicas no contagiosas y el tratamiento de cuadros agudos. La aparición de nuevas moléculas con fines terapéuticos determinó el aumento de la demanda de servicios sanitarios en cantidades y formas diferentes según cada país (Laporte, 1993). Sin embargo, dicha demanda aún no logra ser satisfecha en amplios sectores de la población, lo que motiva recurrentes debates en la comunidad internacional, los Estados nacionales y subnacionales, con relación a las políticas de acceso al medicamento, en donde se tensiona la definición de la salud como derecho humano, en la cual los medicamentos deben ser considerados bienes sociales accesibles para garantizar dicho derecho, con nociones que ubican a los medicamentos como bienes que deben estar regidos por el mercado.

Laporte y Tognoni (1993) dirán que “el modo como los medicamentos son pensados, desarrollados, promocionados y después utilizados, puede ayudar a caracterizar el mismo sistema sanitario”. En este sentido, resulta interesante identificar el andamiaje que sostiene al medicamento como la pieza angular de la propuesta sanitaria (actualmente en conjunto con la incorporación de nuevas tecnologías).

En primera instancia, es menester señalar la hegemonía del denominado paradigma biomédico de salud, al cual Eduardo Menéndez (2005) define desde sus características estructurales como un modelo centrado en el “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática”. En este paradigma, el biologicismo funge como el articulador de los rasgos señalados posibilitando la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. Este paradigma será el marco bajo el cual la práctica médica se inclina hacia la curación mediada por medicamentos, de la afección orgánica o del síntoma, en una dinámica que reproduce y multiplica la demanda de medicamentos. Amén de que el modelo biomédico ha sido reformulado, cuando no cuestionado, por la comunidad sanitaria internacional, ni los paradigmas de salud multicausales que intentaron complejizar la mirada de la salud desde la inclusión de nuevos determinantes durante las décadas de 1960 y 1970, o la agenda de la salud internacional con fuerte presencia de las entidades filantrópicas de nuestros días, modificaron un proceso de creciente medicalización (Birn, 2016; Ramacciotti, 2014; Zelaya y otros, 2021).

Por su parte, pero ligado intrínsecamente al paradigma biomédico, el desarrollo de la industria farmacéutica al tiempo que generaba importantes aportes para la salud de los pueblos, alimentó un proceso de creciente dependencia de la práctica médica mediada por medicamentos. Laporte y Tognoni (1993) dirán que

se ha formado un campo de presión alrededor de los medicamentos como herramienta terapéutica que ha tenido su origen en la industria farmacéutica; esta presión ha afectado a los responsables de prescripción y a los usuarios, y ha dado lugar a que el sector farmacéutico se encuentre en una disyuntiva permanente entre cubrir la necesidad sanitaria real y asegurar una expansión constante del mercado.

Desde la creación de la Organización Mundial del Comercio en 1995 y la entrada en vigencia de las normas de propiedad intelectual, en el marco de un proceso de globalización económico del cual la industria farmacéutica no estuvo exenta, esta expansión del mercado fue en aumento constante, lo que se evidencia al observar la rentabilidad de este sector económico, con ganancias por encima de la media si se la compara con otras áreas de la economía (Basile, 2019).

La década de 1990 estuvo signada por numerosas alianzas, fusiones y adquisiciones, que contribuyeron a la consolidación, concentración e internacionalización de la industria. Durante esos años, los *rankings* elaborados por fuentes privadas situaban a la industria farmacéutica entre la primera posición del listado de las industrias más rentables, medidas en términos de tasa de ganancia en relación a sus activos, y en segunda posición en términos de niveles de ingresos (Abrutzky, Bramuglia y Godio, 2015)

Esta dimensión económica del medicamento y la alianza entre los laboratorios y la hegemonía médica representa un elemento clave a la hora de analizar las respuestas que brindan los Estados a sus comunidades, por la capacidad de la industria de incidir en precios, hábitos de prescripción y consumo, al tiempo que despliegan estrategias que limitan el desarrollo de las producciones nacionales públicas y privadas, entre otras, con el fin de mantener una posición dominante en un mercado cada vez más concentrado (Basile, 2019).

Si bien el proceso condiciona a países en desarrollo y desarrollados, es en los primeros donde tiene un impacto más pronunciado ya que es donde se evidencian las mayores proporciones de población sin acceso a la terapéutica necesaria, pese al sostenido aumento en el gasto destinado a salud.

Según el último informe sobre Gasto Global en Salud, a este campo se le asignó en el año 2017 a nivel mundial el 10% del Producto Bruto, con un crecimiento desde el año 2000 de 3.9% interanual. El gasto asignado a medicamentos para el primer nivel de atención en los países en desarrollo, representa entre un 15% hasta un 60% de dicho gasto sanitario (World Health Organization, 2019).

No obstante, las enormes asimetrías entre países ricos y pobres en términos de gasto per cápita son elocuentes. Para el año 2017 según datos de la OMS, el gasto en salud en los países de ingresos altos ascendía a USD 2937 por persona al año, mientras que en los de ingresos bajos dicho monto se reducía casi 70 veces hasta los USD 41 que se destinaban por persona al año (Organización Mundial de la Salud, 2019). Esta brecha también se expresa en el consumo de medicamentos entre unos y otros. Si se toma el volumen de ventas del sector farmacéutico, el 69.7% del consumo mundial se concentra en los países de América del Norte, Europa y Japón (Basile, 2019).

Argentina no fue ajena a este proceso y siguió la dinámica propia de los países en desarrollo. El gasto en Salud representó para el año 2017 el 9,4% del PBI nacional, del cual el 2.7% fue aportado por el subsector público, incluyendo las erogaciones de los gobiernos provinciales y municipales (De la Puente, 2019).

El impacto de este proceso en nuestro país es que

desde 1990 a 2015 hemos ganado cinco años de esperanza de vida, lo que llevó a que seamos un 7% más longevos de lo que éramos entonces. Pero, en ese mismo período, según los datos registrados por el Banco Mundial, el gasto anual en salud por habitante se duplicó, y dentro de él la fracción destinada a pagar medicamentos pasó de ser un cuarto a más de un tercio. [...] [A ello agrega que durante ese período,] la tasa de prescripciones (cantidad de recetas por cada consulta médica) prácticamente se cuadruplicó mientras que el promedio de consumo anual de medicamentos por persona se triplicó (Tobar, 2016).

La situación descrita, fue anticipada ya en la década de 1970 por la OMS, ante las tendencias ya evidentes de aumentos del consumo de medicamentos con amplias asimetrías en el acceso, entre los países de mayores y menores ingresos y hacia adentro de los mismos. Al respecto, la OMS explícita su preocupación al remarcar que el aumento de los productos lanzados al mercado en los años precedentes no se había traducido en una mejora ostensible de la situación de salud de la población. Destacaba, a su vez, que la comercialización no tenía en cuenta las prioridades y necesidades de los países, que la promoción efectuada por los fabricantes había generado una demanda por encima de las reales, y que el aumento del gasto en salud estaba ligado a que, en algunos países, los fondos destinados a medicamentos alcanzaban el 40% de los asignados a salud, situación que generaba preocupación a países ricos y en los en vía de desarrollo (Comité de Expertos de la OMS, 1977).

En ese marco surge el concepto de “medicamentos esenciales” entendidos como

aquellos que satisfacen las necesidades asistenciales prioritarias de la población [...] debiendo estar disponibles en el contexto de los sistemas de salud existentes, en todo momento, en cantidades adecuadas, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y a un precio asequible para los individuos y la comunidad (1977).

Se fija con ellos un piso de justicia distributiva en nuestra sociedad, es decir, con lo que es lo “justo o correcto con respecto a la asignación de servicios en una sociedad” (Mazzola, 2015).

Desde entonces, la discusión sobre el acceso al medicamento mantiene vigencia. La OMS y otros organismos internacionales en las décadas siguientes, sobre la base del concepto de medicamentos esenciales, ubicaría a la cuestión del acceso a los servicios de salud y del medicamento como uno de los pilares para el objetivo de “salud para todos”, también incluido en los tratados sobre Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) y posteriormente como parte de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas, 2015; Asamblea General de las Naciones Unidas, 2019).

Pero el interés de desarrollar políticas públicas en torno al medicamento por parte de los Estados no se agota en su impacto sanitario. También por sus características de ser un bien cuya demanda es

inelástica (es decir, que quien lo necesita no puede prescindir de acceder a ellos) se constituye en un factor relevante en relación al empobrecimiento de las personas y a la persistencia y agudización de las desigualdades económicas. Los recursos que destinan las familias para acceder a los medicamentos se denominan gasto de bolsillo, y su impacto es desigual según los ingresos de las mismas.

Al respecto, Maceira (2005) indica que existe “una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares: a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud”. Es decir que el gasto en medicamentos es mayor porcentualmente en los hogares de menores ingresos. En el mismo sentido, otros estudios dan cuenta de que, según los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto de Hogares, los recursos destinados a medicamentos en la población correspondientes al quintil 1 de ingresos es mayor proporcionalmente que las de los otros quintiles (Cerezo y otros, 2014). La privación del acceso a medicamentos representa, entonces, una causa de empobrecimiento en términos de ingreso.

Por su parte, diferentes índices miden la pobreza desde una perspectiva multidimensional, entendiendo que las carencias monetarias no explican totalmente el fenómeno de la pobreza y en ellos una de las dimensiones recurrentemente consideradas es la de la salud.

Desde 1990 el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propuso medir la pobreza centrándose en el desarrollo humano, concepto que propone que la “pobreza es la carencia de capacidades” y que las posibilidades de desarrollarlas de las personas están condicionadas por cuestiones de ingreso, así como por el acceso a servicios esenciales que les permitan expandirlas, entre ellos, el acceso a servicios de salud, aunque en este caso no se incluye explícitamente al acceso a medicamentos (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 1990; Catterberg y Mercado, 2017; MIDEPLAN-CEPAL, 2002). A su vez, el Observatorio de la Deuda Social Argentina, mide a la misma a través de la pobreza de desarrollo humano (MPDH), incorpora dentro de su estudio a la dimensión de alimentación y salud, y dentro de esta, como variable, a la carencia en términos de acceso a servicios de salud por falta de acceso a medicamentos. En su más reciente publicación observó que el 32,2% presentaba privaciones de esta índole (Salvia, 2021).

Por su parte, el gobierno nacional evalúa a través de SIEMPRO la pobreza desde una perspectiva multidimensional con el “método integrado de medición de pobreza (MIP) que explora la privación desde una doble perspectiva, combinando la pobreza monetaria y la pobreza estructural” (Consejo Nacional de Políticas Sociales, 2021). Entre las dimensiones que considera, la salud se encuentra evaluada a través de la medición de la población sin doble cobertura de salud (es decir, sin cobertura de obras sociales, además de la cobertura que provee el subsistema público). En relación a ello estimó para el año 2020 que el 36,4% de los hogares y al 46,8% de la población no contaban con esta cobertura.

La variable de la cobertura amerita una consideración especial, ya que, pese a que no incluya explícitamente la cuestión del acceso del medicamento, es importante destacar que en nuestro país la disponibilidad de cobertura de salud por el subsistema de obras sociales o prepagas define situaciones dispares en relación a la vía de acceso y al financiamiento.

Enfocándonos en caracterizar las modalidades de acceso, existen dos principales en nuestro sistema de salud: el canal comercial o del mercado, donde el financiamiento es fundamentalmente a través del pago de bolsillo; y el institucional, en el cual la provisión se realiza a través del Estado y/o instituciones de la seguridad social o prepagas. En este caso el financiamiento puede ser del total del precio, en el caso de programas de suministro gratuito de medicamentos; o bien de parte del precio, en donde el pago es compartido, y el usuario realiza un desembolso variable mientras el Estado o el sistema de seguros financia un porcentaje restante (Tobar, 2002, 2016).

En función de ello, se definirá el costo que se paga por el medicamento. Tobar (2016) señala:

En forma ilustrativa se podría decir que un medicamento cuyo precio de catálogo o precio de venta al público ha sido fijado en 100 pesos puede costar 10 pesos si el Ministerio de Salud lo adquiere a través de una licitación pública de gran escala, mientras que un municipio o una clínica que haga una compra directa de menor escala lo pagará unos 30 pesos. Los afiliados a un seguro médico lo pagarían 60 pesos en una farmacia conveniada con su asegurador, y quien no cuenta con cobertura o decide adquirir el medicamento en una farmacia no conveniada o sin tener la receta establecida por dicho seguro, desembolsarían el costo total (Tobar, 2016).

La heterogeneidad de situaciones definirá, por lo tanto, condiciones que faciliten o dificulten el acceso y con ello niveles de bienestar. Las políticas públicas adoptadas en diferentes coyunturas en nuestro país, expresarán diversas tomas de postura del Estado en favor de proveer bienestar o desplazar la provisión del mismo hacia el Mercado.

Preeminencia de la agenda neoliberal. El acceso al medicamento en un modelo residual liberal

Argentina presenta un vasto recorrido en materia de políticas de acceso a la salud y a los medicamentos para la ciudadanía a lo largo del siglo XX. Las políticas estatales en este campo experimentaron continuidades y rupturas cuyo análisis excede los alcances de este trabajo. Sin embargo, es insoslayable que a lo largo de nuestra historia el debate por el acceso al medicamento es un campo donde se suscitaron importantes tensiones entre sectores económicos, políticos, académicos y sociales que aún no logran ser resueltas. (Ramacciotti, 2017; Abrutzky, 2017) Durante la década de 1990, nuestro país, como buena parte de la región latinoamericana, desarrolló una profunda reforma del Estado cuyos principios rectores para el área de la salud se expresan en el documento “Invertir en Salud” del Banco Mundial (1993), una de las instituciones más influyentes durante esta etapa a nivel global, y cuyos resultados alcanzan a nuestro presente.

Sobre esta etapa, hegemonizada por los preceptos neoliberales, dos cuestiones resultan importantes de resaltar: i) una creciente liberalización económica en general que tuvo un fuerte impacto en costo de

los medicamentos y su acceso a través del canal comercial; ii) La descentralización de los servicios de salud en el marco de un proceso de reforma del Estado, que tuvo consecuencias en las prestaciones de salud y acceso al medicamento por el canal institucional público.

Con relación a lo primero, la reducción y eliminación de barreras para el ingreso de productos medicinales con el objetivo de incentivar la oferta, fue uno de los aspectos centrales de la política de medicamento durante la mencionada etapa. Junto a ello se implementó un modelo de liberación de precios con la expectativa de que la libre competencia regulara precios de los fármacos a la baja, poniendo fin a políticas intervencionistas de control de precios (Tobar, 2004). En este sentido, el Banco Mundial promovió la erradicación de “las restricciones a las importaciones, que tienden a limitar la competencia y que genera que, en consecuencia, los precios aumenten” (Banco Mundial, 1993). Un apartado elocuente es el destinado a la producción farmacéutica en el que desaconseja las industrias nacionales por el costo de desarrollo de las mismas, recomendando la importación de los productos (Banco Mundial, 1993).

Di Salvo y Román (Di Salvo y Román, 2010) dirán que entre 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujera del 56,9% al 48,5% y, simultáneamente, la participación de las multinacionales se incrementara del 43,1% al 51,5%, en un proceso de concentración, centralización y transnacionalización de la economía. Este proceso de extranjerización y concentración fue funcional a un aumento de precios de los medicamentos que determinó que Argentina sea el quinto país más caro del mundo en este rubro.

Al mismo tiempo, se estableció un proceso de armonización de normas y estándares de calidad que derivaron en la conformación de la Autoridad Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), la sanción de la ley de patentes y propiedad intelectual y el INPI (Instituto Nacional de Propiedad Intelectual), requerimientos de un contexto globalizador que, a partir de acuerdos internacionales, establecía nuevos marcos que permitieran la circulación internacional de productos (Tobar, 2016, 2004; Zelaya y otros, 2021).

Por su parte, en otro proceso determinante, cuando pensamos el estado actual de nuestro sistema de salud, se desarrolla una profunda reconfiguración institucional que se tradujo en una descentralización del sub-sector público mediante la transferencia de los servicios de salud hacia la órbita de los Estados subnacionales. Este proceso tiene su primera etapa en la década de 1950 y una segunda etapa en la década de 1970, cuando el Estado nacional comenzó a ceder la responsabilidad del manejo, principalmente de efectores hospitalarios, a las provincias (Ramacciotti, 2014; Ase, 2006). Será en la década de 1990 cuando se profundizará este modelo, que fue consagrado en términos normativos en el proceso de reforma constitucional del año 1994 al atribuirle la potestad de diseño y ejecución de las políticas de salud a los gobiernos locales.

La descentralización, promovida por documentos como el antes señalado por el Banco Mundial y otros organismos como el Fondo Monetario Internacional, consistía en la necesidad de hacer más

eficientes los recursos a partir de una mejor proximidad de los estamentos encargados de su planificación, gestión y ejecución, con las comunidades a quienes debían prestar servicio (Cao, 2007).

Los estudios sobre descentralización

muestran que fueron motivados más por el imperativo de resolver el conflicto financiero entre la nación y los estados provinciales, que por el interés de acercar los servicios a las preferencias de la población. Esta singularidad explica que las transferencias se hayan realizado sin atender a la articulación y a las necesidades de la organización de los servicios de salud y ayuda a comprender también sus consecuencias: la emergencia de gobiernos provinciales limitados en su capacidad de acción y con serios problemas en el financiamiento (Ariovich y Crojeyhovic, 2017).

Paradójicamente, Argentina se convirtió “en uno de los países con mayor ejecución de gasto público en los niveles subnacionales”, pero al mismo tiempo experimentó un notable deterioro de grandes áreas de la administración pública, siendo el de la salud uno de los casos paradigmáticos (Cao, 2007; Cetrángolo y Goldshmit, 2013). En este marco de desregulación de mercados y extranjerización de la industria farmacéutica, al mismo tiempo en que se descentralizaban los servicios de salud sin los recursos que permitiesen afrontar las nuevas responsabilidades a los gobiernos subnacionales, la propuesta de los organismos internacionales fue que los gobiernos suministraran medicamentos a los sectores que no pudiesen autodispensarse dichos productos, a través de la utilización de compras de “medicamentos esenciales” de manera centralizada mediante organizaciones internacionales de crédito (Banco Mundial, 1993).

Mario Rovere (2018) dirá:

El ejercicio no era muy sutil, es evidente que la atención de la salud de los sectores de bajos ingresos no es un buen negocio para la inversión privada, pero si el Estado se limitaba a hacer solo aquello que el sector privado nunca haría y transformaba el subsidio implícito que hace a través del resto de los servicios y las prestaciones públicas (subsidio por la oferta) en un fondo que financie las prestaciones se abriría una rica reserva de mercado.

De manera concordante a lo propuesto por Solimano (2005), durante los noventa el enfoque dominante promovía para quienes no pudieran pagar los medicamentos que el Estado orientara el gasto de manera focalizada en los más pobres a través, incluso, de proveedores privados. La política de medicamentos se constituía así, en esta época, en un claro ejemplo de política de seguridad social propias del modelo liberal residual.

El incremento de precios de medicamentos y la desfinanciación del subsector público de salud, sumado a que numerosas obras sociales discontinuaran sus servicios y la generalización del sistema de co-

pago y el arancelamiento de muchas prestaciones en el sector público, derivaría en que para comienzo del nuevo siglo

Casi el 23% de los hogares informó que al menos un miembro había enfrentado barreras de acceso a los bienes y servicios de salud. De ellos un 44% afirmó que la razón era “falta de dinero” para pagar los medicamentos (Tobar, 2004).

En el mismo sentido, según datos de la EPH del año 2002, más de la mitad de los argentinos no contaba con cobertura de obras sociales o prepagas, lo que aumentó el gasto de bolsillo que las familias destinaban a servicios de salud, representando el destinado a medicamentos el 73% del mismo (Maceira, 2010).

El programa Remediar. El Acceso al medicamento desde un enfoque de derechos

A partir del año 2002, las políticas públicas en salud fueron activas e impulsaron iniciativas que redundaron un efecto positivo en el grado de accesibilidad a los medicamentos por parte de la sociedad. (Abrutzky, Bramuglia y Godio, 2008).

Se produjo un notable incremento del gasto en Salud con el objetivo de ampliar la cobertura y el acceso a derechos de sectores que habían quedado desprotegidos durante la etapa precedente, a través de la implementación de diversos programas diseñados a tales fines. El incremento del gasto del Gobierno nacional en relación a los provinciales, tras la etapa de descentralización y ajuste fiscal antes señalada, da cuenta del cambio de agenda y de modelo de Estado. Al respecto, en 2005 los Gobiernos provinciales y el nacional participaron cada uno con el 46% del gasto. En 2015, la brecha creció 13 p.p. en favor del gasto nacional en salud (Subsecretaría de Programación Macroeconómica. Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la Nación., 2016).

En materia de acceso a medicamentos se instrumentaron medidas que tienen su marco normativo en el Decreto N° 486/2002 de Emergencia Sanitaria Nacional en el marco de la cual se promovió una Política Nacional de Medicamentos, basada en tres ejes principales: (i) la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, (ii) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y, (iii) la provisión pública para sectores de la población sin cobertura sanitaria ni recursos para adquirirlos (Tobar, 2004; Poder Ejecutivo Nacional, 2002). Las primeras que buscaron generar un efecto a la baja sobre la evolución de los precios de los medicamentos, beneficioso para “la población con capacidad financiera y/o con un sistema de cofinanciamiento de los medicamentos” (Apella, Barbieri y Maceira, 2005). Por un lado, la prescripción de los medicamentos genéricos ampliaba la oferta de productos comerciales disponibles y, por otro, se generó una lista de 216 medicamentos para tratamientos ambulatorios incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO), paquete básico de

prestaciones, cuya cobertura debía ser garantizada por las obras sociales y empresas de medicina pre-paga. De esta manera podemos decir que se fortalecía el acceso al medicamento por la vía comercial e institucional del subsector de la seguridad social y privado.

El tercer eje de la Política Nacional de Medicamentos consistió en la creación del programa Remediar, con el objetivo de garantizar el suministro gratuito de medicamentos en el primer nivel de atención, para quienes no disponían de otro sistema de cobertura de salud (Apella, Barbieri y Maceira, 2005).

Este paquete de medidas partiría del precepto de universalidad en el acceso a medicamentos en tanto bienes indispensables para garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía. En este sentido, el programa Remediar, al retomar la premisa de que es necesario garantizar el suministro gratuito de un conjunto de medicamentos esenciales para los ciudadanos y ciudadanas, define que existe un piso de prestación que el Estado asume como imprescindible en términos de derecho a la salud y justicia social. Un mínimo vital propio del modelo de seguridad social (Fleury y Molina, 2002).

Esta política fue impulsada con financiamiento del Estado nacional y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que, como otros organismos internacionales, en una necesidad de reconfigurar la maltrecha agenda de la década precedente, comenzaron a volcarse hacia el financiamiento de programas focalizados que pudiesen dar respuesta los enormes bolsones de pobreza generados por los programas neoliberales (Banco Interamericano de Desarrollo, 2008; Tobar, 2004). Al respecto, Ozlak (2007) dirá:

Durante este período, hasta los organismos multilaterales de crédito comenzaron a advertir que los costos sociales del ajuste estructural y los efectos desestabilizadores de esas políticas desde el punto de vista de la gobernabilidad, debían ser encarados como problemas de igual o incluso mayor centralidad para lograr los equilibrios necesarios que permitieran impulsar los procesos de desarrollo.

Desde entonces, la provisión de medicamentos esenciales se lleva a cabo a través de la distribución mensual de botiquines a más de 8000 efectores del programa, ubicados en las 24 jurisdicciones del país. Desde su creación se fue ampliando la cantidad de medicamentos que integraban los botiquines desde los 34 iniciales a los 74 actuales. A su vez, la composición de los botiquines fue cambiando presentando variaciones en el contenido de las drogas, que fueron siendo adecuadas en función de las recomendaciones de la OMS y de las principales guías de referencia en conjunto con el Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación, así como en las cantidades de tratamientos que en la actualidad pueden ser de entre 240 y 400 por cada caja. La red de efectores recibe los botiquines de manera directa, y los equipos de salud son apoyados con formación y capacitación sobre diferentes aspectos de la gestión del medicamento y su uso racional (Grinblat, 2014; Ariovich, Chiara y Crojethovic, 2017; Tobar, 2004; Fernández Prieto, 2013). El programa, implementado transversalmente en todas las provincias del país, supuso elevar el piso de prestaciones en el

sector público, rearticular parcialmente buena parte de la fragmentación consecuencia de las etapas anteriores, y reducir las asimetrías entre las comunidades de diferentes regiones, provincias e incluso, entre los municipios dentro de ellas (Sánchez Cabezas, 2020; Ventura, Rodríguez Riccheri y Monsalvo, 2007). Se fortalecería así el acceso al medicamento mediante la vía institucional dependiente del subsector público, al tiempo que se robustecía el rol de rectoría del Estado nacional sobre la política sanitaria pero en un marco de colaboración y sinergia con los Estados provinciales. Es decir, acorde a un arreglo institucional propio del federalismo cooperativo, el Estado nacional se encargaba del financiamiento, coordinación, logística y evaluación del programa, que a su vez son ejecutados a nivel territorial por los Estados subnacionales –provincias y municipios–, replicando de alguna manera la lógica del Estado de “dos pisos” (Cao y Vaca, 2016, 2017). Este diseño implicó la creación de una unidad ejecutora central en el marco del Ministerio de Salud nacional y de delegaciones provinciales que permitiesen la planificación, coordinación e implementación de la política en todo el territorio de nuestro país (Fernández Prieto, 2013).

La centralización de la gestión del programa se constituyó en un componente clave de esta política, ya que permitió la adquisición de los medicamentos con una notable reducción de costos, si se compara con los valores que tienen dichos fármacos en el mercado (Limeres, De la Puente y Jorgensen, 2013). Laspiur (2014) señala, por su parte, que como contrapartida fue necesario

generar un complejo sistema de registro e información que permitiese conocer cantidad de consultas y recetas (Remediar) que producen los CAPS, prescripción de medicamentos, stock disponible en los CAPS, diagnósticos de las recetas y datos de los usuarios del sistema de salud.

El programa Remediar fue diseñado para brindar acceso a medicamentos de manera focalizada a la población sin cobertura de salud que, al momento de su implementación, se estimaba en 15 millones de personas. No obstante, en su instrumentación no se plantearon restricciones de ingreso ni se cumplió con la conformación de una población nominalizada, lo que en los hechos se constituyó en un rasgo de universalidad que lo diferencia de otros programas implementados durante el mismo período. Muestra de ello es que, tal como lo señalan diversos estudios, entre el 14% y el 28% de los beneficiarios del programa contaban con otro sistema de cobertura (Tobar, 2004; Cerezo, Fernández Prieto, Luque y Rezzonico, 2013; Arionovich, Chiara y Crojethovic, 2017).

Sin embargo, al analizar el impacto distributivo del programa, diversos estudios señalan que se logró un marcado efecto redistributivo, especialmente durante el período 2003-2010, durante el cual el acceso a medicamentos provistos por el programa fue focalizándose más entre los dos quintiles de menores ingresos, llegando para el año 2010 a destinarse el 82% de los recursos a esta población (Apella, Maceira y Barbieri, 2004; Cerezo, Fernández Prieto, Luque y Rezzonico, 2013; Tobar, 2016). A su vez, el impacto relativo de las transferencias en medicamentos alcanzó el 50% en el gasto de bolsillo del año 2003. No obstante, en este aspecto se dio una tendencia decreciente, ya que para el año 2010

el impacto sobre el gasto de bolsillo se calculó en un 22%, situación que se explicaría por la mejora en las condiciones socioeconómicas experimentadas por la población durante el período en estudio (Cerezo y otros, 2014).. Acorde a las características de las políticas focalizadas, Remediar generó un impacto más notorio mientras el contexto socioeconómico fue más crítico.

Ahora bien, si el contar con otra cobertura de salud no fue un factor de exclusión al programa, sería apropiado pensar que la orientación lograda hacia los sectores de menores ingresos tal vez se produjo en un proceso de autofocalización que facilitó el acceso a quienes eran usuarios habituales de los centros de salud públicos de primer nivel de atención (Mazzola, 2015).

Por su parte, un segundo objetivo del programa fue el fortalecimiento del primer nivel de atención, lo cual supuso una medida de alto impacto, pues es allí donde se atiende el 90% de las consultas, al otorgarle a los centros de salud insumos que potenciaran su capacidad resolutive generando un proceso virtuoso en términos de planificación sanitaria que se buscó acompañar con instancias participativas de la comunidad y la jerarquización de los equipos de salud en el rol de liderazgo que tienen sobre las mismas (Ventura, Rodríguez Riccheri y Monsalvo, 2007). En este sentido, existió la condicionalidad de que para recibir los medicamentos del programa, el mismo fuera prescripto en el marco de la atención médica de un centro de salud público integrante de la red de efectores. A su vez y de manera complementaria, se exigía a los Estados subnacionales la erradicación de los arancelamientos de las prestaciones ofrecidas en el primer nivel de atención, que en muchas provincias y municipios eran prácticas institucionalizadas, como condición para la permanencia de los efectores dentro de la red de provisión de medicamentos. Dicha meta se cumplió mediante auditorías periódicas que permitieron desplazar esta barrera de acceso a los servicios de salud de la población (Ariovich, Chiara y Crojethovic, 2017). Es decir, y pensando en las modalidades posibles de todo instrumento del Estado, en este caso el programa proponía la corresponsabilidad de asistir a la consulta médica a los usuarios y asumía la responsabilidad de remover barreras para el acceso a dicho servicio.

Remediar se constituyó en una herramienta redistributiva que focalizada en los quintiles de menores ingresos permitió incrementar la cobertura de salud en la población argentina, acercando al objetivo de universalidad en el acceso a medicamentos, desplazando al mercado como principal canal de acceso y fortaleciendo el rol del Estado en esta función. Estas características de tendencia hacia la universalidad con acceso diferenciado y con una orientación redistributiva se inscribe en la tradición del sistema social argentino categorizado por Filgueira como de universalismos estratificado (Fleury y Molina, 2002).

A su vez, el programa demandó arreglos institucionales que mantuviesen un equilibrio entre la de centralidad de gestión del nivel nacional y la descentralización ejecutiva en los niveles provinciales, que tienen la potestad en sus jurisdicciones sobre la política sanitaria. La adhesión de las 24 jurisdicciones nacionales da cuenta de provincias que no vieron comprometidas sus autonomías, cedieron en la erradicación de mecanismos de financiamiento regresivos para la población, al tiempo que se beneficiaron con las transferencias del recurso.

Finalmente, si bien no planteó pautas de condicionalidad para los beneficiarios, el Estado asumió la corresponsabilidad de fortalecer la oferta y capacidad resolutive de los efectores de primer nivel, en un esfuerzo por rearticular un subsector público diezmado por el desfinanciamiento de la etapa precedente.

Reflexiones finales

Nuestro país cuenta con un sistema de seguridad social de los más antiguos de la región, lo que lo ubica en la categoría de pioneros, según Mesa-Lago. Por su gasto social la CEPAL lo ubica entre los países de “gastos superiores” por realizar una inversión social por encima de la media regional. Finalmente por las características de cobertura y perfil redistributivo Filgueira define a nuestro país dentro del universalismo estratificado. En virtud de ello, podemos decir que las políticas públicas de salud implementadas durante el periodo en estudio se inscriben en estas coordenadas de la seguridad social en argentina, condición que como todo proceso social, político e institucional tuvo continuidades y rupturas.

En este marco la política de acceso a medicamentos a través del programa Remediar expresa una continuidad en el tiempo solo comparable con la política de inmunizaciones dentro en lo que refiere a la agenda sanitaria.

Su implementación y desarrollo en el período estudiado se dio en un contexto político nacional y regional caracterizado por un proceso de ampliación de derechos que buscó subvertir el estado crítico del período precedente, durante el cual se alcanzaron niveles de cobertura sin precedentes a partir de arreglos institucionales que lograron sortear obstáculos como el de la fuerte descentralización del sistema.

No obstante, Fleury (2002) refiere que del estudio de los modelos de seguridad social en el mundo se desprende que “no existe un curso ascendente e irreversible de desarrollo de la protección social”. Ejemplo de ello podríamos considerar al intento de migrar al programa Remediar desde la lógica de la universalidad de un paquete de medicamentos esenciales, propia de los modelos de seguridad social, hacia una lógica de seguro social de salud durante el gobierno de Cambiemos, que representó una etapa en la que se observan discontinuidades cuyo análisis excede a este trabajo, pero que dan cuenta de la permanente disputa de nuestra sociedad y, por ende, de cómo las mismas se expresan en las agendas de gobierno y las tomas de posición de los Estados.

En esta línea, un aspecto que es importante profundizar en futuros trabajos es la relacionada a la “disponibilidad” de medicamentos en los centros de salud, como variable que no define el acceso pero que sí se constituye en una condición indispensable para garantizar el mismo. Muchos trabajos señalan la discontinuidad en el envío de medicación en el período estudiado, en especial para tratamiento de enfermedades crónicas como hipertensión o diabetes, poniendo en evidencia un aspecto relevante de las políticas de salud a evaluar, que es la continuidad en el tiempo de calidad en el servicio que se

ofrece a la ciudadanía, lo que, a su vez, impacta (o debería hacerlo) en las políticas implementadas por las jurisdicciones de otros niveles (Hasdeu, Lamfre y Ruiz, 2016; Elorza, Moscos y Ripari, 2012; Bernztein y Drake, 2009; Cañas y otros, 2021).

En este sentido, es importante señalar que el programa Remediar no tuvo en su génesis un sujeto colectivo que, desde su demanda, construyera las condiciones para alcanzar este arreglo institucional. Su creación y persistencia podría explicarse más cercana a una definición política coyuntural, de un estado que tomó posición fijando un nuevo piso de bienestar a garantizar, en la búsqueda por reestablecer el contrato social con una ciudadanía hastiada tras la crisis de comienzos de siglo. La formulación de esta política surgió como un arreglo institucional en consenso con los gobiernos subnacionales, los laboratorios proveedores, la burocracia estatal y los organismos internacionales.

Es por ello que resulta interesante pensar que entre el amplio espectro de modalidades que podría haber adquirido una política de acceso a medicamentos, la propuesta de Remediar se presenta como una respuesta redistributiva en donde el acceso al medicamento no solo parte de la necesidad de reducir la desigualdad de ingresos reduciendo el gasto de bolsillo destinado a adquirir tales insumos, y de las desigualdad multidimensional que representa la falta de acceso a servicios de salud en general. Es por sobre todas las cosas un reconocimiento de materia de ciudadanía y de derechos a un segmento de la población que habitualmente transitaba en soledad y de manera individual los obstáculos para intentar disponer de la medicación que le fuera necesaria, a riesgo de que en ello se les “vaya la vida”.

El programa Remediar, por lo tanto, abre la posibilidad a las comunidades de reconocerse colectivamente como usuarios del programa y del servicio de salud en sus centros de referencia, y con ello como sujetos de derecho. Es la posibilidad de una política que retroalimiente al colectivo y promueva una masa crítica que, empoderada por las mejoras en las condiciones de acceso a los servicios de salud, se reconozca en un piso de derechos irrenunciable.

Por su parte, un programa de estas características, podría buscar articularse con otros para mejorar estándares de bienestar de manera sinérgica al igual que otras políticas, como la Asignación Universal por Hijo, que permitió mejores niveles de escolaridad y control de salud en las infancias. No como condición para los usuarios, sino como corresponsabilidades de estos y, sobre todo, de los Estados subnacionales y los equipos de salud. Esto es importante resaltarlo ya que, al observar algunos objetivos sanitarios durante el período en estudio –por ejemplo la evolución de los indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles–, pese al acceso a medicamentos promovido desde el programa Remediar, los mismos no mejoraron. Dicha situación invita a pensar las necesarias articulaciones de un programa de suministros de medicamentos con programas que desplacen el abordaje sanitario del eje en la enfermedad hacia la prevención y promoción de hábitos saludables.

Por otro lado, sería pertinente retomar algunos esfuerzos por generar sinergias que dinamicen otras áreas del Estado, fortaleciendo su institucionalidad, como es la agenda de incorporación de los laboratorios de producción pública de medicamentos en el marco de un plan de soberanía farmacéutica que nos brinde mayores autonomías en la política de medicamentos y un impulso a un sector que tiene

capacidad instalada para tener un rol preponderante. Al respecto, es importante destacar que existió a lo largo de estos años del programa, algunos avances pero que fueron interrumpidos, en parte por la pugna entre actores con intereses contrapuestos (Santos, 2017).

Finalmente, Oslak (2007) identifica que existe correlación entre la equidad y el grado de desarrollo en los países. Desde esta perspectiva, las políticas tendientes a universalizar el acceso a medicamentos resultan estratégicas en tanto inciden sobre la salud de las personas y, con ello, las capacidades de mejorar el desarrollo humano y sus condiciones de bienestar, especialmente cuando están direccionadas a los sectores de menores ingresos. El programa Remediar en los años estudiados cumplió un rol muy importante en este sentido, generando un nuevo piso de equidad en materia de salud, al tiempo que abre nuevas posibilidades para un abordaje integral en la agenda de salud en subsector público y en el desafío de reducir las desigualdades en nuestra sociedad y garantizar el derecho a la salud de nuestro pueblo.

Referencias bibliográficas

- Abrutzky, R. G. (2017). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo, 59-90.
- Abrutzky, R.; Bramuglio, C. y Godio, C. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 51, 102-130.
- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (2013). Farmacopea Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, ANMAT, INAME.
- Apella, I., Barbieri, E. y Maceira, D. (2005). *Análisis del Programa REMEDIAR. Notas sobre Evaluación y Seguimiento*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Apella, I., Maceira, D. y Barbieri, E. (2004). *Necesidades de la demanda y subsidios de medicamentos: la experiencia del Programa Remediar en Argentina*. Washington: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Ariovich, A., Chiara, M. y Crojethovic, M. (2017). El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macroinstitucional. *Revista Salud Colectiva*, 663-676.
- Asamblea General Naciones Unidas (9 de septiembre de 2019). Objetivos del Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. Recuperado de <https://undocs.org/es/A/HLPF/2019/I.1>
- Ase, I. (2006). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Revista Salud Colectiva*, 2(2), 199-218.
- Banco Interamericano de Desarrollo (4 de noviembre de 2008). Recuperado de <https://www.iadb.org/es/project/AR-L1020>
- Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington, D.C.: Banco Mundial.

- Basile, G. R. y otros (2019). *Estudio Caracterización del Complejo Médico Industrial Farmacéutico Financiero hoy: fusiones multinacionales, concentración económica e impacto en el acceso a los medicamentos y destrucción de fuentes de trabajo en el Sector*. Buenos Aires: Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud (IEPS) Asociación Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina (APM).
- Bernztein, R. G. y Drake, I. (2009). Uso de medicamentos en hipertensión arterial en el primer nivel de atención pública argentina. La experiencia del Programa Remediar. *Revista Argentina de Cardiología*, 187-195.
- Birn, A. R. (2016). El filantropocapitalismo de los EUA y la agenda mundial de salud: las Fundaciones Rockefeller y Gates, pasado y presente. *Medicina Social*, 135-152.
- Cañás, M.; Marín, G.; Urtasun, M.; Leal, L.; Salas, M.; Elseviers, M. y Lopes, L. (2021). Transparencia de datos para construir un sistema de salud más sólido: estudio de caso de bases de datos administrativas argentinas sobre utilización de medicamentos. *Revista Salud Colectiva*, 1-12.
- Cao, H. V. (2007). El fracaso de la descentralización Argentina. Andamios. *Revista de Investigación Social*, 249-267.
- Cao, H. y Vaca, A. (octubre de 2017). *Gestión pública y modelos de federalismo. Serie: Federalismo y Administración Pública* (2). Buenos Aires: Centro de Investigaciones en Administración Pública - CIAP.
- Cao, H. y Vaca, A. (septiembre de 2016). Administración Pública y Federalismo Cooperativo. Estudios y Artículos. Ministerio de Modernización.
- Catterberg, G. y Mercado, R. (2017). *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2017. Información para el desarrollo sostenible: Argentina y la Agenda 2030*. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Cerezo, L.; Dias, J. M.; Fernández Prieto, A.; La Cava, G.; Luque, P. S.; Monsalvo, M.; Pozo, L.; Rezzonico, G. y Soler, G. (2014). Impacto redistributivo del Programa Remediar en el gasto en medicamentos: estudio cuantitativo. *Argent Salud Pública*, 5(20), 40-43.
- Cerezo, L.; Fernández Prieto, A.; Luque, P. y Rezzonico, M. G. (septiembre de 2013). Evaluación del Programa Remediar: acceso a medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención (PNA) e impacto redistributivo entre la población beneficiaria. Mendoza.
- Cetrángolo, O. y Goldshmit, A. (2013). *La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces: impactos desafíos y reformas. El caso argentino*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Comité de Expertos de la OMS (1977). *Selección de Medicamentos Esenciales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Consejo Nacional de Políticas Sociales (2021). Pobreza Multidimensional. Desde un enfoque de Derechos. Argentina.
- De la Puente, C. D. (noviembre de 2019). *¿Cuánto gasta Argentina en salud?* Buenos Aires: Secretaría de Gobierno de Salud.
- Di Salvo, M. T. y Román, V. (2010). La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis. *SaberEs*, 2, 73-93.

- Elorza, M. E.; Moscos, N. S. y Ripari, N. V. (2012). Evaluación de políticas públicas de provisión de fármacos para diabetes mellitus tipo 2 en Argentina: estudio de caso. *Revista Salud Colectiva*, 35-45.
- Fernández Prieto, A. (2013). *Evaluación y Monitoreo: 2013. Acceso a Medicamentos. Diversas Miradas, un mismo Derecho*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Programa REMEDIAR+REDES.
- Fleury, S. y Molina, G. C. (2002). Modelos de protección social. Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES).
- Grinblat, E. et al (julio de 2014). *Cuidado de medicamentos en atención primaria de la salud: módulo de capacitación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REMEDIAR.
- Hasdeu, S.; Lamfre, L. y Ruiz, E. (2016). Uso y gasto en medicamentos antihipertensivos en el subsector público de salud de la provincia de Neuquén. 2012-2014. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12-15.
- Laporte, J. R. y Tognoni, G. (1993). Principios de Epidemiología del medicamento. Barcelona: Masson-Salvat Medicina.
- Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles - modelo MAPEC*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Limeres, M.; De la Puente, C. y Jorgensen, N. (2013). *Análisis del comportamiento del Mercado de Medicamentos y Posicionamiento del programa Remediar*. Buenos Aires: Remediar-Ministerio de Salud de la Nación.
- Maceira, D. (2010). Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, CEDES, Buenos Aires.
- Mazzola, R. (2015). *Nuevo Paradigma. La Asignación Universal por Hijo en la Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Mazzola, R. (2021). Magnitudes, enfoques y limitaciones en las mediciones de la desigualdad. Buenos Aires.
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Revista Salud Colectiva*, 9-32.
- MIDEPLAN-CEPAL (29-30 de octubre de 2002). Síntesis de los principales enfoques, métodos y estrategias para la superación de la pobreza. Santiago, Chile.
- Naciones Unidas. (2015). *Objetivos del Desarrollo del Milenio. Informe 2015*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado el 16 de Octubre de 2020, de World Health Organization: <https://www.who.int/es/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
- Oszlak, O. y Gantman, E. (2007). La agenda estatal y sus tensiones: gobernabilidad, desarrollo y equidad. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies*, XXXVII(1), 79-110.
- Poder Ejecutivo Nacional (12 de marzo de 2002). economia.gov.ar. Recuperado de <https://www.economia.gov.ar/digesto/decretos/2002/decreto486.htm>
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (1990). *Desarrollo Humano Informe 1990*. Bogotá: Tercer Mundo Editores.

- Ramacciotti, K. I. (2014). Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina. *Revista Ciencias Salud*, 85-105.
- Ramacciotti, K. I. (2017). La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014). *Revista CTS*, 153-174.
- Rovere, M. (2018). La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate*, 315-327.
- Salvia, A. B. (2021). *Efectos de la pandemia COVID-19 sobre la dinámica del bienestar en la Argentina urbana. Una mirada multidimensional acerca del impacto heterogéneo de la crisis tras una década de estancamiento económico (2010-2020)*. Buenos Aires: Edición para Fundación Universidad Católica Argentina.
- Sánchez Cabezas, A. (febrero de 2020). Remediar lo político, politizar los medicamentos (tesis de Doctorado). Universidad del Salvador. Buenos Aires.
- Santos, G. (2017). Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015). *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, 19-57.
- Solimano, A. (2005). Hacia nuevas políticas sociales en América Latina: crecimiento, clases medias y derechos sociales. *Revista de la Cepal*, 45-60.
- Subsecretaría de Programación Macroeconómica. Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas de la Nación (2016). Gasto Público Consolidado. Buenos Aires.
- Tobar, F. (2004). Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar de Argentina. Nota técnica de discusión de salud 002/2004, Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Sostenible, Washington D.C.
- Tobar, F. (2016). Avances y desafíos en la construcción del acceso a los medicamentos en Argentina. En F. Tzedaka, *Repensar la inclusión social: Políticas públicas y sociedad civil en la Argentina (1991-2016)*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Tobar, F. (mayo de 2002). *Acceso de los medicamentos en la Argentina; diagnóstico y alternativas*. Serie Seminarios Salud y Política Pública. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Ventura, G.; Rodríguez Riccheri, P. y Monsalvo, M. (2007). *El Programa Remediar. Gestión y resultados de un modelo innovador en APS*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- World Health Organization (2019). *Global spending on health: a world in transition*. Geneva: World Health Organization.
- Zelaya, M.; Burgardt, N.; Chiarante, N.; Piñeiro, F.; Alcain, J.; González Maglio, D. y Carro, A. (2021). Producción Pública de Medicamentos y Vacunas: análisis histórico y de políticas científicas con foco en el caso argentino. *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica*, 1: Medio ambiente y sociedad / Política científica, 181-202.