
Dinámicas de la cooperación internacional en investigación en salud: el caso de la provincia de Buenos Aires entre 2009 y 2018

MESA TEMÁTICA 8. Los mercaderes y el templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Alternativa: MESA 11. Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja

Paloma Castiglione, palo.c_01@hotmail.com, UNICEN/CEIPIL/CIC-PBA

Nerina Sarthou, nsarthou@fch.unicen.edu.ar, UNICEN/CEIPIL/CONICET

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo general presentar y discutir una propuesta analítica para caracterizar las dinámicas de la cooperación científica internacional en salud en la Provincia de Buenos Aires entre 2009 y 2018. El enfoque a emplear busca combinar herramientas analíticas del campo de los Estudios de Política Científica y Tecnológica con aquellas de la disciplina de las Relaciones Internacionales. La metodología que se propone utilizar es de carácter cualitativo y cuantitativo, combinada con el método *estudio de caso*. Concretamente, las preguntas que se pretenden responder son las siguientes: ¿qué tipo de actores patrocinan las investigaciones a nivel provincial? ¿De qué países proviene el financiamiento y/o apoyo técnico? ¿Qué intereses motivan aquella participación? ¿Las dinámicas locales son un reflejo de las dinámicas globales en materia de investigación en salud?

Palabras claves: Cooperación internacional, patrocinador, investigación en Salud

1. Introducción

Actualmente, la participación privada en la ciencia es cada vez mayor y diversos expertos en el tema argumentan que podrían producirse distorsiones en el desarrollo de la investigación científica si este fenómeno continúa. Esto significa que, si el financiamiento estatal no es el único disponible, el patrocinio científico puede modificar la estrategia de captación de recursos de las instituciones de investigación e incluso puede influenciar el proceso de toma de decisiones. Por tanto, es imprescindible realizar un análisis sobre su impacto, especialmente en el área de la salud.

Este trabajo tiene como objetivo general presentar y discutir una propuesta analítica para caracterizar las dinámicas de la cooperación científica internacional en salud en la Provincia de Buenos Aires entre 2009 y 2018. El enfoque a emplear busca combinar herramientas analíticas del campo de los Estudios de Política Científica y Tecnológica con aquellas de la disciplina de las Relaciones Internacionales. La metodología que se propone utilizar es de carácter cualitativo y cuantitativo, combinada con el método *estudio de caso*.

2. Una aproximación hacia la definición de la cooperación internacional en investigación

El Manual de Frascati (2015)¹, creado por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), presenta una definición de investigación que tiene

¹ El Manual de Frascati o también conocido como “Propuesta de Norma Práctica para encuestas de Investigación y Desarrollo Experimental” es un documento creado en 1963 en la localidad italiana de Frascati. Su redacción estuvo a cargo de un grupo de expertos nacionales en estadísticas de I+D, convocados por la OCDE. En esencia, el Manual establece definiciones básicas y categorías de las actividades de I+D aceptadas a nivel mundial. Su actual relevancia deviene del reconocimiento del documento como una referencia que permite a numerosos gobiernos determinar qué actividades pueden considerarse de I+D, además de cuantificar los recursos dedicados al sector.

amplia aceptación a nivel mundial, sobre todo por parte de los organismos de promoción y gestión de la ciencia. De acuerdo con lo expuesto en el documento, la investigación y desarrollo (I+D) es un tipo de actividad propia del ámbito de la ciencia y la tecnología que comprende “el trabajo creativo llevado a cabo en forma sistemática para incrementar el volumen de conocimientos, incluido el conocimiento del hombre, la cultura y la sociedad, y el uso de esos conocimientos para derivar nuevas aplicaciones” (OCDE, 2015, p. 30).

Si bien esta definición no destaca el peso de la dimensión internacional en el desarrollo de la investigación, la realidad demuestra que las transformaciones a nivel mundial moldearon las dinámicas de los procesos de producción de la ciencia, la formación de recursos humanos y la difusión del conocimiento; configurando así los nuevos modos del hacer científico.

Por mencionar algunas de aquellas transformaciones, destaca el incremento progresivo de las actividades de la *Big Science*, que exigió la participación de científicos de todo el mundo, generando un aumento considerable en los niveles de cooperación internacional. A esto se sumó el paulatino desarrollo de nuevas formas de colaboración entre países preocupados por resolver fenómenos transnacionales, la internacionalización de la educación superior, la consolidación de los procesos de integración y el consecuente desarrollo de economías basadas en el conocimiento que afectaron directamente al ámbito científico-tecnológico y pusieron de manifiesto la innegable influencia que la globalización ejerció en la configuración de las actuales dinámicas de la actividad científica.

Velho (2000) plantea que este tipo de colaboración se da asiduamente en los llamados “colegios invisibles” aunque, en algunos casos, puede implicar la creación de lazos formales con cierto grado de organización. Según la autora, “estos grupos se caracterizan por [...] compartir criterios en cuanto a prioridades de investigación, por entrenar estudiantes, efectuar el seguimiento y monitorear el conocimiento en su campo” (Velho, 2000, p. 113). El medio de socialización en el que se desempeñan las y los

científicos lo constituyen las conferencias internacionales, reuniones, congresos, intercambios institucionales y la realización de trabajos en colaboración (López, 2015).

En suma, aquellas dinámicas no se circunscriben exclusivamente a los límites institucionales o nacionales, sino que llegan a trascender fronteras, disciplinas e incluyen a científicos de todo el mundo. Tanto es así que las interacciones entre investigadores, grupos de investigación, instituciones, universidades, empresas y organismos internacionales varían en intensidad y llevan consigo intereses subyacentes que justifican la colaboración. Mientras algunos actores trabajan en conjunto buscando nutrirse de habilidades y conocimientos tácitos (Sebastián, 2007), otros lo hacen movidos por el deseo de mejorar su visibilidad y reconocimiento o simplemente frente a la necesidad de paliar los costos que implica la producción de la ciencia fundamental (adquisición de equipamiento tecnológico, insumos, entre otros) (López, 2015).

En términos conceptuales, la cooperación científica y tecnológica ha sido definida como el conjunto de actividades que, a través de diversos actores y de múltiples instrumentos, implican una asociación y colaboración para la consecución de objetivos acordados conjuntamente, así como para la obtención de un beneficio mutuo (Sebastián y Benavides, 2007). En este sentido, la percepción del beneficio mutuo es un requisito obligatorio, puesto que, sólo se busca una colaboración cuando se considera que existe algo para ganar (Velho, 2000).

3. ¿Qué es la investigación en salud?

La investigación en salud puede definirse como “todo proceso dirigido a generar conocimiento [...] y contrastar hipótesis dentro de las ciencias médicas, aunque no delimitado a ellas por cuanto se extiende además a las ciencias naturales y sociales” (Maceira et al., 2010). En palabras de Pretell (2017), “es un instrumento poderoso para resolver una amplia gama de interrogantes acerca de cómo conseguir la cobertura universal, y proporciona respuestas para mejorar la salud, el bienestar y el desarrollo humano” (p. 539).

Según Frenk (1992), la investigación en salud debe entenderse como un concepto bidimensional, puesto que, apela a la interrelación de objetos de análisis (condiciones y respuestas) con niveles de análisis (individual, subindividual y poblacional). Siguiendo aquel esquema conceptual, el autor establece la existencia de cuatro tipos de investigación en el área: biomédica, clínica, epidemiológica y en sistemas de salud. De todos modos, la práctica evidencia que las fronteras entre los diversos tipos de investigación –en muchas ocasiones– suelen desdibujarse.

En años recientes, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso diferenciar dos conceptos clave: investigación en salud e investigación para la salud. Mientras que el primero se refiere exclusivamente a la investigación en términos biomédicos, el segundo hace alusión a la aplicación de los resultados que allí se obtienen, con el objeto de generar algún tipo de impacto en la salud de la población (OPS, 2011). En otras palabras, la búsqueda de soluciones frente a cierto problema del ámbito de la salud requiere una inicial identificación de las características del mismo y de sus factores de riesgo –investigación en salud– para, con posterioridad, poder aplicar los resultados allí obtenidos –investigación para la salud– y formular respuestas eficaces que generen cierta repercusión en la salud de la comunidad.

Esta distinción busca dar cuenta del compromiso multidisciplinario que la investigación en salud requiere para generar impactos positivos en la población. Esto significa que, si lo que se busca es asegurar repercusiones positivas en los individuos, es imprescindible el abordaje de investigaciones que valoren el aporte de entendimientos y perspectivas diversas, sin limitarse estrictamente a un único campo de conocimiento. Así, el esquema “de actores potencialmente relevantes se concentra especialmente en quienes hacen investigación ‘en’ salud, pero contempla también a numerosas instituciones que investigan ‘para’ la salud” (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2018, p. 11).

De esto se desprende que, en esencia, la investigación en salud debe entenderse como una actividad propia del ámbito científico-tecnológico orientada a satisfacer las necesidades sanitarias básicas de toda comunidad, mejorar el estado de salud general y garantizar así el disfrute del derecho de todas las personas a la salud. Y si bien es

cierto que en un principio se creería que la investigación en salud es un área confinada únicamente a indagaciones estrictamente biomédicas, la realidad pone de manifiesto que los aportes de la Economía, la Sociología, el Derecho, la Ingeniería, la Ciencia Política y las Relaciones Internacionales, entre otras disciplinas, pueden hacer contribuciones relevantes para la salud mundial.

4. ¿Qué papel desempeña la industria privada en las dinámicas de cooperación científica internacional en salud?

El progresivo interés que adquirió la salud para los medios de comunicación, la academia y la sociedad en general alertó a los gobiernos sobre la urgente necesidad de considerar la temática como un elemento fundamental en la definición de la política exterior. Incluso, desde comienzos del siglo XXI, ha pasado a considerarse un objetivo filantrópico de relevancia.

En términos históricos, la propagación de enfermedades en todo el mundo, generalmente vinculadas al comercio o a los procesos de conquista territorial, no es una cuestión novedosa (Koplan et al., 2009). En ese contexto, la protección de la salud de la población y la estabilidad de los Estados fueron cuestiones a atender por parte de las naciones afectadas y constituyó en definitiva el cimiento que dio origen a la cooperación sanitaria y a la creación de organismos internacionales (OI) especializados en salud. No obstante, fue recién con el rápido incremento en la velocidad de los viajes y la comunicación, unido a la interdependencia económica y la interconexión global, cuando llegaron nuevas pandemias y enfermedades que hicieron de la salud un tema crucial para las relaciones internacionales.

De acuerdo con lo expuesto, el impacto que la globalización ejerce en la salud mundial es innegable. Sin embargo, para la academia no ha sido tarea sencilla lograr definir el concepto de salud global sin aferrarse a reformulaciones o actualizaciones conceptuales de la noción de salud pública y salud internacional.

Mientras la noción de salud pública se enfoca en aquellos temas que afectan la salud de una población particular, la salud internacional se concentra en temáticas que afectan

la salud de distintos países, esencialmente aquellos de medianos y bajos ingresos (Koplan, 2009). Por consiguiente, hablar de salud global no implica abocarse a las cuestiones antes mencionadas, puesto que, la salud pública e internacional ya se ocupan de ello. Más concretamente, hablar de salud global significa, en palabras de Koplan y demás autores (2009), hacer alusión a:

“...un área de estudio, investigación y práctica que prioriza mejorar la salud y lograr la equidad en salud para todas las personas en todo el mundo. La salud global enfatiza los problemas, determinantes y soluciones transnacionales de la salud; involucra muchas disciplinas dentro y fuera de las ciencias de la salud y promueve la colaboración interdisciplinaria”. (p. 1995)

En cuanto a la estructura organizacional de la salud a nivel internacional, Hoffman y Cole (2018) buscaron definir al sistema de salud global indagando en la red de colaboradores que lo integran. Según los autores, el actual sistema de salud global está compuesto por 203 integrantes. Además de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se incluyen muchos otros participantes: organizaciones civiles y organismos no gubernamentales, asociaciones público-privadas y profesionales, entidades de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y organismos intergubernamentales, gobiernos, industria privada (empresas farmacéuticas y alimentarias), instituciones académicas, bancos multilaterales de desarrollo e instituciones filantrópicas (Hoffman y Cole, 2018). Estos datos evidencian que con el paso de los años el número de actores involucrados ha crecido progresivamente y refuerzan la idea “altruista” de que las nuevas asociaciones constituyen la forma más prometedora de acción colectiva en un mundo globalizado (Szlezák et al., 2010). De todos modos, como se observará a continuación, en este caso lo colectivo no es sinónimo de equidad social.

En términos de distribución geográfica, la sede internacional de los 203 actores identificados se ubica en 16 países y 73 ciudades, con un 98,5% de las sedes ubicadas en países de ingresos altos. Entre ellos destacan: Estados Unidos (135), Suiza (23), Reino Unido (13), Bélgica (7), Países Bajos (6) y Canadá (4). Entre las ciudades más

frecuentes por su sede se hallan: Washington (42), Nueva York (28) y Ginebra (21) (Hoffman y Cole, 2018).

Todo esto indicaría que el punto focal del sistema de salud global –la OMS– está directamente conectado con la mayoría de los actores y que la abrumadora presencia de países de altos ingresos como sede de la mayoría de los participantes del sistema

sugiere una distribución desigual del liderazgo de los actores a nivel mundial.

En el mismo sentido, Sebastián (2019) identifica la diversidad de agentes y actores que participan en la cooperación científica internacional y subraya que constituyen un variado ecosistema donde los agentes tienen una función fundamentalmente promotora de la cooperación, mientras que los actores son básicamente sus ejecutores. Además, agrega que se pueden identificar siete grupos de agentes y actores: OI, entidades supranacionales, gobiernos de diferentes países, gobiernos nacionales, fundaciones, empresas, ONG's, universidades, instituciones y organismos de investigación, profesores, investigadores y grupos de investigación (Sebastián, 2019).

En cuanto al financiamiento, los grandes aumentos en el apoyo internacional a las instituciones más recientes han llevado a una disminución relativa, y en algunos casos absoluta, de la importancia financiera de los actores tradicionales (Szlezák et al., 2010). Y aunque es cierto que la estructuración de los sistemas de salud consolidó al Estado como financiador, planificador, proveedor y regulador de los servicios de salud, con la llegada de la crisis fiscal de 1970 y la consecuente disminución de los gastos estatales, la necesidad de racionalizar el sector allanó el camino para que nuevos actores incrementen progresivamente su presencia, incluso como patrocinadores² en el campo de la investigación.

²También conocido como mecenazgo, esponsorización o filantropía, el patrocinio es definido como un tipo de ayuda (económica o de otra índole) que se otorga a una persona o entidad para que realice determinada actividad. En consecuencia, el concepto de patrocinador refiere a aquella persona física o jurídica que, con fines publicitarios o propagandísticos, sufraga los gastos que requieren ciertas actividades humanitarias, artísticas, entre otras (De la Sota, 2010)

Paralelamente, la reducción de los presupuestos de investigación de las administraciones estatales unido a un contexto de competitividad global propició la competencia –incluso– en el ámbito científico, en vistas de hallar recursos para financiar la investigación. Frente a este panorama, surgieron actores privados que buscaron participar y apoyar la investigación científica; especialmente en el ámbito de la salud.

Este apoyo, conocido como patrocinio, esponsorización o filantropía, tiene ya una larga historia –particularmente en países anglosajones (De la Sota, 2010). En años recientes, las empresas farmacéuticas multinacionales, laboratorios y fundaciones filantrópicas se han dedicado a financiar masivamente investigaciones en biomedicina. En este sentido, el trabajo de Testoni y colaboradores (2020) ilustra con detalle estas afirmaciones, puesto que, según su estudio, actualmente la producción global de conocimiento en el área de la salud está dirigida por las principales instituciones académicas y las grandes corporaciones farmacéuticas.

En la agenda de investigación global dominante en salud se identificaron algunas corporaciones importantes: Roche, Merck, Novartis, Amgen Inc., AstraZeneca, GlaxoSmithKline y Pfizer. Estas empresas privadas se consideran actores centrales en la actual red global del conocimiento, sobretodo porque su influencia en la definición de las agendas nacionales de investigación en salud ha aumentado en la última década. Con respecto a la distribución geográfica de aquellas corporaciones e instituciones académicas, nuevamente se advierte un predominio de América del Norte –especialmente Estados Unidos– y Europa. En cuanto a temas de investigación, se prioriza la intervención farmacológica, con notable sesgo a la investigación del cáncer y cardiovascular. Las investigaciones sobre bacterias, virus y vectores asociados con epidemias y/o pandemias recientes son marginales (Testoni et al., 2020).

Todas estas cuestiones ponen de manifiesto que la salud global, en manos del mercado y de los grandes poderes que perpetúan aquellas dinámicas de competencia, persiguen intereses puramente comerciales. Incluso resulta evidente –porque la literatura referida al tema y los datos lo demuestran– que las inversiones realizadas por corporaciones farmacéuticas a nivel mundial se abocan al estudio exclusivo de aquellas enfermedades

relevantes solo para los países que definen la agenda de salud global. De ahí que la desigualdad que este fenómeno trae aparejado haya dado lugar a la identificación de la denominada “brecha 10/90”, lo que indica que apenas el 10% de los fondos de la investigación en salud se orientan al estudio y tratamiento de problemas que afectan al 90% de la población mundial.

Estas inequidades resaltan la necesidad de reivindicar el papel del Estado, puesto que, más allá de la innegable reducción presupuestaria de las investigaciones a nivel estatal y el progresivo incremento del apoyo privado, el Estado es el único actor con capacidad para garantizar el derecho de todas las personas a la salud, definir y articular la visión de los Sistemas Nacionales de Investigación en Salud (SNIS) y resolver, por ejemplo, la falta de institucionalización de ciertas políticas, entre otras cuestiones de relevancia.

5. La estructura de la investigación en salud en Argentina

La existencia de un Sistema Nacional de Investigación en Salud (SNIS)³ estructurado formalmente –es decir, un sistema articulado en el que estén definidos los papeles que desempeña cada actor, con una adecuada rectoría y un marco legal que defina la política de investigación para la salud y su priorización– ofrece la oportunidad de promover estratégicamente las prioridades de salud de un país, y que éstas sean atendidas y operadas mediante la investigación científica y el desarrollo tecnológico (Alger et. al., 2009). De acuerdo con Cabezas (2006), la propuesta de este tipo de sistemas implica la asignación de cuatro funciones al Estado: rectoría, financiamiento, creación y sostenibilidad de los recursos y producción y utilización de los resultados de la investigación.

Por tanto, en lo que refiere a la rectoría, al Estado corresponde definir y articular la visión de un SNIS, identificar las prioridades de investigación en salud y coordinar la adhesión a ellas, establecer y monitorear estándares éticos para la investigación y las

³Un SNIS ha sido definido como el conjunto de “personas e instituciones que gobiernan, gestionan, coordinan, demandan, generan, comunican o utilizan evidencia producida a través de la investigación para promover, restaurar, mejorar, o mantener el estado de salud y desarrollo de la población” (Informe 1^a CLPIIS, 2008)

asociaciones de investigación, además de evaluar el SNIS. En cuanto al financiamiento, debe asegurar fondos de investigación y asignarlos de manera responsable. En materia de creación y mantenimiento de recursos humanos, el Estado debe encargarse de desarrollar, fortalecer y mantener la capacidad humana y física para conducir, absorber, y utilizar la investigación en salud.

Finalmente, en lo que respecta a la producción y uso de la investigación, resulta fundamental producir resultados de investigación científicamente válidos, traducir y comunicar investigaciones para informar políticas, estrategias, prácticas y opinión pública y promover el uso de la investigación para desarrollar nuevas herramientas (medicamentos, vacunas, dispositivos y otras aplicaciones) para mejorar la salud (Pang et al., 2003).

a) Actores

A nivel nacional, cada una de las funciones mencionadas es competencia de diferentes organismos. Esto significa que existen determinados perfiles de actuación: 1) los encargados del diseño de las políticas, 2) aquellos que detentan tareas de regulación, 3) los que financian y, finalmente, 4) los que ejecutan la investigación.

En el primer grupo, responsables de articular la visión del SNIS y definir prioridades de investigación, se hallan el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCyT), el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET).

El MSAL –mediante la Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación– se ocupa de fortalecer el SNIS. Esta función recae directamente en la Comisión Nacional Salud Investiga (hoy Dirección Nacional de Investigaciones en Salud) que, en años recientes, exhibió notables avances: la creación de REMINSA –una Red de Áreas de Investigación para la Salud de los Ministerios de Salud provinciales de Argentina–, el

Área de Evaluación de Tecnologías en Salud, el Comité de Ética⁴ de la Investigación Ad-Hoc de la Comisión, un Programa de Tutorías y el Registro Nacional en Investigación en Salud (RENIS). Por su parte, el MINCyT articula recursos y capacidades de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SNCTI) y coordina parte de los mecanismos de gestión del SNIS, entre ellos: a) la Secretaría de Planeamiento y Políticas en Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (SPPCTIP), b) el CONICET, y c) la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCYT) (Proyecto EU-LAC HEALTH, 2012).

En el segundo grupo, responsables de fijar y monitorear estándares éticos de la investigación, se encuentran el MSAL y la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT). En este caso, el MSAL se ocupa de coordinar el trabajo en red entre actores (nacionales e internacionales), financiar convocatorias de proyectos, promover la confección de un registro de investigaciones, definir la agenda de prioridades, entre otras funciones. Además, regula las investigaciones clínicas farmacológicas a través de ANMAT y financia y administra –mediante la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS)– 11 institutos nacionales que desempeñan actividades científicas en diversos ámbitos de la salud.

La función esencial de ANMAT tiene que ver con la “autorización, registro, normalización, vigilancia y fiscalización de la elaboración y comercialización de esos productos” (Instituto de Efectividad Clínica, 2018, p. 33).

Con respecto al tercer grupo, a cargo de la gestión y generación de recursos para la investigación, hacen sus aportes en el área la ANPCyT, la Dirección Nacional de Investigaciones en Salud, ANLIS, CONICET, organizaciones no gubernamentales (ONG’s), OI (bancos multilaterales, organizaciones especializadas en salud), empresas nacionales e instituciones multinacionales y extranjeras (industria farmacéutica, fundaciones filantrópicas). En cuanto al último grupo, a cargo de la producción de

⁴ Desde 1996, la ley 24.742 obliga a los hospitales públicos implementar Comités Hospitalarios de Ética. (<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/40993/norma.htm>)

evidencia científica y la comunicación de los resultados de la investigación, hallamos a las universidades, centros de salud, institutos y ONG' s.

b) Financiamiento

A grandes rasgos, es posible identificar los aportes de diversos tipos de actores en el área: organismos estatales, organizaciones que financian el sistema motivados por la responsabilidad social (ONG' s, fundaciones filantrópicas) y aquellos que buscan la comercialización de productos (industria privada).

En el marco estatal se encuentra la ANPCyT—responsable del financiamiento de proyectos de investigación y el desarrollo y utilización de la tecnología (Angelelli, 2011)—, la Comisión Nacional Salud Investiga (CONASI) —a cargo de la promoción y orientación de la investigación en salud mediante el incentivo de las becas Salud Investiga “Dr. AbraamSonis”—, ANLIS —responsable de la creación de los Fondos Concursables ANLIS (FOCANLIS)—, y el CONICET —que ofrece, a través de la promoción, las carreras de Investigador Científico y del Personal de Apoyo a la Investigación, los fondos para subsidiar las actividades de las unidades ejecutoras de investigación, las becas para estudios doctorales y postdoctorales, las estadías de investigación en el exterior, las becas cofinanciadas.

Las ONG' s también cumplen un rol muy importante para el sistema en materia económica. Entre las contribuciones destacan: los subsidios, becas o premios que financian distintas áreas del conocimiento. Por hacer referencia a algunos de los organismos contribuyentes pueden mencionarse la Fundación Bunge y Born, la Fundación Florencio Fiorini, la Fundación Sales y la fundación HD Lorena Scarafiocca. La industria farmacéutica también aporta fondos a la investigación a través de dos mecanismos: convocatorias o solicitud de subsidios de los interesados, por un lado, y el financiamiento para el desarrollo de “productos farmacéuticos, de diagnóstico o de equipamiento médico”, por otro (Instituto de Efectividad Clínica, 2018, p. 38).

Por último, se encuentra el apoyo internacional que reciben los investigadores nacionales. Es decir, que los científicos locales pueden acceder a fondos internacionales

para el desarrollo de sus investigaciones. Entre los financiadores se hallan: gobiernos, OI especializados en salud (OMS/OPS), organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial y BID), ONG' s y fundaciones filantrópicas (Fundación Bill y Melinda Gates, Fundación Kellogs y el Instituto Médico Howard Hughes).

c) Marco legal

Existen diversos tipos de normativas internacionales que sentaron las bases para la regulación de la actividad e incentivaron a los Estados a adaptarse a nuevos requerimientos, en vistas de mejorar la calidad y seguridad de la práctica investigativa. Entre los tipos de normativas destacan aquellas orientadas a regular: 1) el desarrollo de productos farmacéuticos, biofarmacéuticos y dispositivos médicos, 2) las pautas de comportamiento de los actores involucrados en cualquier etapa del proceso de investigación con seres humanos, 3) la evaluación previa de los proyectos por un comité independiente (Comité de Ética) y, 4) la inscripción de todo ensayo clínico en una base de datos disponible al público (Instituto de Efectividad Clínica, 2018).

En lo que respecta al primer conjunto de normativas, durante la segunda mitad del siglo XX se crearon en Argentina los primeros organismos para la regulación y control de la producción farmacéutica. Hacia 1964 se estableció formalmente el Instituto Nacional de Normatización de Drogas y Medicamentos (actualmente denominado Instituto Nacional de Medicamentos) y en 1992 se crea la ANMAT. Paralelamente, se generaron registros para los estudios de farmacología clínica y, mediante la Resolución 4147 de la Secretaría de Salud Pública, se delinearon los primeros requerimientos para la autorización de investigaciones científicas en los hospitales públicos. En 1985, a través de la Disposición 3916 del Ministerio de Salud y Acción Social, se definieron normas para el desarrollo de los estudios de farmacología y en 1997 la ANMAT estableció el Régimen de Buenas Prácticas (por Disposición 5530), actualizado en 2010.

En cuanto al segundo tipo de normativas, en Argentina se crearon dos iniciativas en lo relativo a la regulación de las pautas de comportamiento de los actores involucrados en procesos de investigación con seres humanos. A nivel nacional existía la "Guía de las Buenas Prácticas de Investigación Clínica" que provenía del MINSAL y se orientaba a

normativizar los ensayos clínicos no sujetos a la regulación de ANMAT. Pero, en 2011 surgió la “Guía para Investigaciones en Salud Humana” (aprobada por la Resolución 1480/2011) que amplió su alcance a todo tipo de investigación en el área y reemplazó a la iniciativa anterior (Proyecto EU-LAC HEALTH, 2012: 5).

Con respecto al tercer grupo normativo, la Declaración de Helsinki (1975)⁵ propició la creación de comités de ética en investigación en la mayoría de las instituciones de salud del mundo. La Ley Nacional 24.742/96 reglamentó el control de los protocolos de investigación y el establecimiento de Comités Hospitalarios de Ética. En este sentido, varias provincias⁶ adhirieron a la ley (mediante decreto o resolución) y algunas tomaron la decisión de fortalecer la instancia de revisión y autorización a partir de la creación de Comités Centrales de Bioética.

El último conjunto de normativas internacionales se refleja en la creación, a nivel nacional, de la Nómina de Ensayos Clínicos y el RENIS. Este registro almacena información sobre las investigaciones, los comités de ética, investigadores, centros y patrocinadores de las investigaciones en salud que se realizan en Argentina. Su objetivo es integrar en su base de datos todas las investigaciones en salud, buscando facilitar el acceso y difusión de la información. Cabe mencionar que algunas jurisdicciones han creado su propio registro.

6. Propuesta para el análisis de la cooperación científica internacional en salud en la Provincia Buenos Aires

De acuerdo con lo expuesto en apartados anteriores, resulta innegable la importancia del desempeño estatal en el funcionamiento de un SNIS. Sin embargo, la realidad política y económica regional no siempre responde a las necesidades sociales de manera equitativa, lo que lleva a restringir el disfrute del derecho de todas las personas a la salud. En su trabajo, De Ortúzar (2018) ilustra con detalle estas afirmaciones y las complementa al sostener que, a pesar de una mayor intervención del Estado en el área,

⁵Establece los principios éticas a aplicar en las investigaciones con seres humanos.

⁶Neuquén, Chaco, Catamarca, Chubut, Santa Fe, Santiago del Estero, Jujuy y Misiones.

no se ha logrado direccionar las investigaciones en salud hacia las prioridades de nuestras poblaciones.

Tomando en consideración ese escenario, el presente trabajo busca brindar una propuesta para el análisis que sirva a los efectos de explorar el estado actual de la investigación en salud en la provincia de Buenos Aires a partir del trabajo con el Registro Provincial de Investigaciones en Salud, tomando como hipótesis la suposición de que el desarrollo de las investigaciones en salud a nivel provincial se ve, en algunos casos, influenciado por las vinculaciones que se establecen con entidades privadas extranjeras, que responden a intereses específicos de la entidad y no necesariamente a aquella fijada por la política pública en investigación en salud.

La perspectiva metodológica que se utiliza es de carácter cualitativo, el objetivo del análisis cualitativo es siempre comprender en profundidad, con el propósito de generar teoría y/o verificar teoría. A diferencia del análisis cuantitativo, no se parte de variables identificadas a priori, es por ello que, en un primer momento, interesan todas las variables que aparecen (Fassio, Pascual y Suárez, 2004). Se optó por el método estudio de caso. Esta herramienta se utiliza para describir en forma exhaustiva, la ocurrencia de un evento, ya sea un problema o un fenómeno en un acabado contexto (Cataldi y Lage, 2004). En general persigue los siguientes objetivos: registrar los hechos tal y como han sucedido, describir situaciones, brindar conocimientos acerca del fenómeno estudiado y/o comprobar o contrastar ciertos efectos, relaciones o hipótesis dentro de contextos diversos. La principal limitación reside en que el estudio de caso no permite la generalización estadística sino una generalización analítica basada en las interpretaciones de los hallazgos (Fassio, Pascual y Suárez, 2004).

Se pueden seleccionar los casos que son típicos o representativos de otros casos o aquellos que son peculiares y singulares, ya que este tipo de diseño no pretende realizar generalizaciones. En esta ocasión, se seleccionó como caso peculiar, la cooperación científica internacional en salud en la provincia de Buenos Aires. La elección de un caso de estudio se relaciona con la disponibilidad de recursos y con la posibilidad de explorar el tema con mayor rigurosidad y profundidad, al tener el acceso necesario a los

documentos requeridos para el desarrollo de la investigación. En esta ocasión, como se anticipó con anterioridad, el principal documento lo constituye el Registro Provincial de Investigaciones en Salud de la provincia de Buenos Aires.

En cuanto al desarrollo de la propuesta, en primer lugar, se busca caracterizar la política pública en investigación en salud en Argentina, destacando las particularidades que presenta la misma en la provincia de Buenos Aires. Para ello se propone utilizar la literatura referida a la política pública en CTI, explorar los documentos oficiales, normativa, sitios web, anuarios y cifras oficiales de los organismos que definen la política a nivel nacional y provincial y describir los lineamientos principales para el área.

En segundo término, se busca describir el estado actual de la investigación en salud en la provincia de Buenos Aires a partir del análisis del Registro Provincial de Investigaciones en Salud. A partir de la confección de una matriz de datos se pretende identificar los tipos de actores nacionales e internacionales, sus respectivas sedes centrales, las diferentes especialidades y las diversas fuentes de financiamiento que contribuyeron al desarrollo de las investigaciones.

En tercer lugar, se propone identificar dinámicas en la cooperación internacional entre actores nacionales (patrocinadores y centros de investigación) y actores externos (patrocinadores globales). Aquellas dinámicas serán definidas una vez obtenida la descripción completa –puesto que los resultados aún son preliminares– sobre el estado de las investigaciones en el área.

Por último, cabe aclarar que el análisis propuesto parte de considerar que la cooperación internacional se vincula con el conjunto de motivaciones e intereses científicos que impulsa a los investigadores a intercambiar recursos de distintos tipos con actores extranjeros (D'Onofrio et al., 2010). De allí que, la cooperación internacional permite el acceso a experticia, conocimiento y habilidad complementarios; acceso a sitios particulares, instalaciones complejas o grupos poblacionales únicos; afrontamiento conjunto de costos y riesgos; abordaje conjunto de problemas globales y complejos; establecimiento de estándares de medición; financiamiento; e incremento de la

popularidad científica, visibilidad y reconocimiento (López, 2016). Además, este tipo de colaboración se encuentra atravesada por las diferentes disciplinas de pertenencia de los investigadores (Wagner, 2006). Así, el grado de cooperación varía significativamente entre las diversas áreas del conocimiento en función de las características cognitivas y organizativas de las mismas.

7. Resultados preliminares

Mediante la revisión de literatura específica y el análisis de informes y documentación gubernamental se determinó que algunas provincias crearon su propio registro provincial mediante el incentivo del Proyecto FESP2 (Funciones Esenciales y programas de Salud Pública), una herramienta nacional que se desarrolla desde el año 2007 con el objeto de consolidar la rectoría del Ministerio de Salud de la República Argentina y de sus 24 jurisdicciones provinciales. Esta iniciativa, que cuenta con apoyo financiero nacional e internacional –a través de un préstamo del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento– sufragó la realización de cuatro actividades de Salud Pública en las provincias: la creación del Área de Investigación en Salud, el diagnóstico de situación de la investigación en salud, la creación de un Comité Provincial de Ética en Investigación, la confección de un Registro público provincial de Investigación en Salud y/o la utilización del Registro Nacional de Investigaciones en Salud. A la fecha, solo cinco provincias han avanzado en la confección del registro: Santa Fe, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Buenos Aires.

En el caso de la provincia de Buenos Aires, el registro consiste en un archivo Excel que contiene 1676 investigaciones registradas con los siguientes datos: fecha, código del protocolo, tipo de estudio, título, patrocinador global, patrocinador en Argentina, especialidad, investigadores, centros de investigación y comité de ética.

Tomando como insumo esta información, se confeccionó una matriz de datos dinámica y se utilizaron variables de análisis (tipo de patrocinador, sede del patrocinador), buscando con esto identificar los tipos de actores nacionales e internacionales, las

diferentes especialidades y las diversas fuentes de financiamiento existentes en el desarrollo de las investigaciones registradas.

En cuanto a la confección de la matriz de datos, en primer lugar, se eliminaron aquellas celdas que no contenían título, es decir, aparecían vacías, lo que nos dejó un total de 1575 investigaciones. Seguidamente, en función de ordenar la información, se buscó eliminar las variaciones en los nombres de los patrocinadores unificándolos bajo una misma denominación legal. Al trabajar con el registro provincial, se advirtió que muchos de los nombres que allí aparecían presentaban variaciones en el tipeo (lo que se entiende puede ser un error en el proceso de carga). Pero, además de eso, se advirtió que muchos patrocinadores –durante el período que abarca el registro–modificaron su nombre y tipología societaria e incluso, observando con detenimiento, se determinó que existieron fusiones entre empresas y se crearon subsidiarias; lo que explica la variabilidad en los datos.

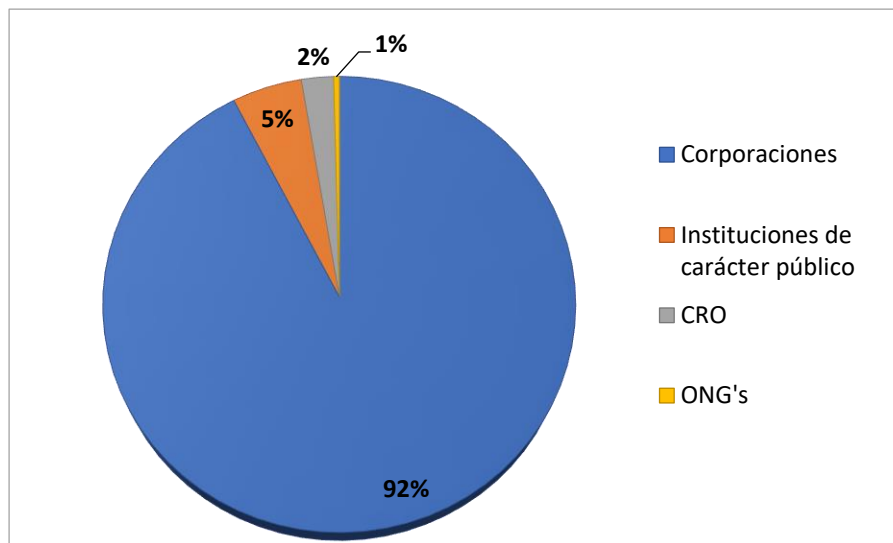
Entre las técnicas de recolección de datos, además del trabajo con el Registro Provincial se realizaron entrevistas⁷ que permitieron ampliar, corroborar y corregir la información que ofrece el documento.

Con respecto a las variables de análisis, su utilización partió de la necesidad de ahondar en profundidad en las características de los actores (tanto nacionales como internacionales) y lograr obtener una descripción completa de su función en las investigaciones registradas. Más concretamente, los cuestionamientos que se intentaron responder a partir de la introducción de las variables fueron los siguientes: ¿qué tipo de actores patrocinan las investigaciones provinciales? ¿De qué países proviene el financiamiento y/o apoyo técnico?

⁷Se entrevistó a Darío Codner –ex integrante de la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud (Provincia de Buenos Aires)– y Carla Carbonelli –responsable del Registro Nacional de Investigaciones en Salud del Ministerio de Salud de la Nación y responsable de las Convocatorias de la Dirección de Investigación en Salud.

Entre los resultados preliminares se determinó que durante el período 2009-2018, cuatro tipo de actores ejercieron el rol de patrocinadores globales de las investigaciones realizadas a nivel provincial: 449 corporaciones (92%), 22 instituciones de carácter público⁸ (5%), 11 Organizaciones de investigación por contrato (CRO, por sus siglas en inglés) (2%) y 2 ONG' s (1%).

Figura 1: Participación de patrocinadores por tipo



Elaboración propia en base al Registro Provincial de Investigaciones en Salud (2009-2018)

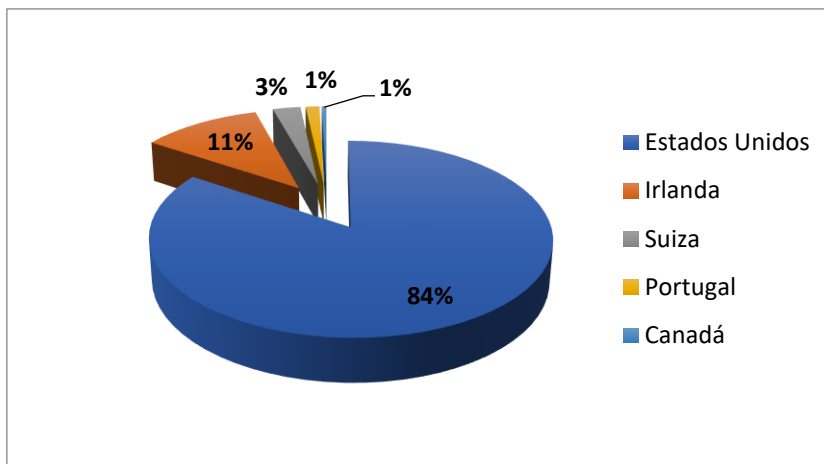
Entre las sedes más recurrentes aparecen: Estados Unidos (237), Reino Unido (57), Alemania (36), Francia (33), Japón (30), Suiza (25), Argentina (23), entre otros que presentan un menor número de participación. Todo esto indicaría que, al igual que lo observado en la estructura global del conocimiento en salud, la influencia de Estados Unidos y Europa es evidente.

Con respecto a la figura de “patrocinador en Argentina” se determinó que seis tipos de actores integran esa categoría: 610 corporaciones, 343 CRO, 220 hospitales, 191

⁸Universidad, hospitales públicos, institutos y redes investigación, organizaciones internacionales especializadas en salud.

instituciones de carácter público, 23 institutos médicos y 6 ONG' s. Y si bien parece una obviedad que el concepto “patrocinador en Argentina” refiere a aquellos actores que financian estudios en y desde el país, la realidad es que el trabajo con el registro evidenció que muchas de las investigaciones realizadas en Argentina son coordinadas por organizaciones de investigación por contrato (CRO)– extranjeras en su mayoría– que gestionan los estudios clínicos en virtud de actuar como un nexo entre el patrocinador global –que muchas veces prefiere no darse a conocer públicamente– y los profesionales/institutos/centros que ejecutan las investigaciones localmente.

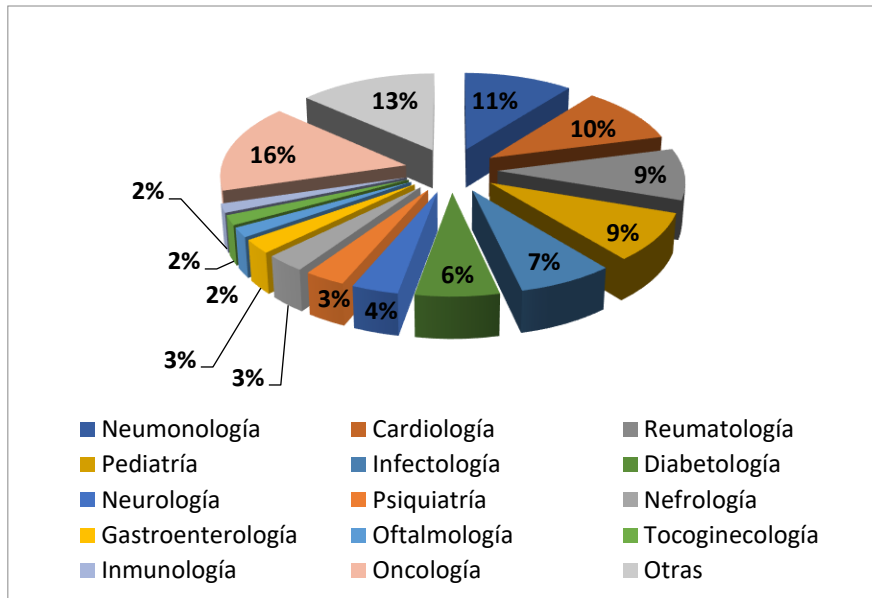
Figura 2: Sede de las CRO en “patrocinador en Argentina”



Elaboración propia en base al Registro Provincial de Investigaciones en Salud (2009-2018)

Como se observa en la Figura 2, se advierte una considerable presencia de Organizaciones de Investigación por Contrato (CRO) extranjeras que coordinan el desarrollo de estudios clínicos a nivel provincial. Entre las sedes de origen de estas organizaciones se hallan: Estados Unidos (84%), Irlanda (11%), Suiza (3%), Portugal (1%) y Canadá (1%).

Figura 3: Disciplinas de las investigaciones registradas



Elaboración propia en base al Registro Provincial de Investigaciones en Salud (2009-2018)

En cuanto a la especialidad de las investigaciones, por su recurrente aparición destacan: oncología (218) (16%), neumonología (144) (11%), cardiología (140) (10%), reumatología (126) (9%), pediatría (119) (9%), infectología (100) (7%), diabetología (88) (6%), neurología (49) (4%), psiquiatría (43) (3%), nefrología (42) (3%), gastroenterología (34) (3%), oftalmología (24) (2%), tocoginecología (24) (2%), inmunología (22) (2%), otras (183) (13%).

8. Bibliografía

Alger J., Becerra-Posada F., Kennedy A., Martinelli E., Cuervo L.G., Grupo Colaborativo de la 1 CLIIS (2009). "Sistemas nacionales de investigación para la

Salud en América Latina: una revisión de 14 países". Revista Panamericana de la Salud Pública. 26(5):447–57.

Angelelli, P. (2011). *Investigación científica e innovación tecnológica en Argentina: Impacto de los fondos de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica*. Inter-American Development Bank.

Cabezas Sánchez, C. (2006). Rol del Estado en la investigación científica en salud y transparencia en la información. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 23(4), 275-283.

Cataldi, Zulma y Lage, Fernando J., "Diseño y organización de tesis", Editorial Nueva Librería, Buenos Aires, Argentina, 2004, p. 42-44.

De la Sota, D. (2010). "Patrocinio y mecenazgo científico", Lychnos, Cuadernos Fundación General de CSIC.
http://www.fgcsic.es/lychnos/es_ES/articulos/patrocinio-y-mecenazgo-cientifico

De Ortúzar, M. (2018). Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud: Un análisis ético y político sobre lo "universal" en salud en "tiempos de restauración conservadora". Rev IISE, 12 (12), 103- 116. En Memoria Académica. Disponible en:
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9469/pr.9469.pdf

D'Onofrio, M. G.; Barrere, R.; Fernández Esquinas, M. y De Filippo, D. (2010). "Motivaciones y dinámica de la cooperación científica bilateral entre Argentina y España: la perspectiva de los investigadores". Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad, 6 (16), pp. 213-236.

Fassio A., Pascual L. y Suárez F., "Introducción a la metodología de la investigación. Aplicada al saber organizacional y al análisis organizacional.", Ediciones Machi, Buenos Aires, Argentina, 2004, p. 120.

Frenk J. (1992). *La Nueva Salud Pública*. En: *La Crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Pub.Cient.Nº 540. Washington: OPS, p. 1-26.

Hoffman, S., Cole, C. *Defining the global health system and systematically mapping its network of actors*. *Global Health* 14, 38 (2018). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0340-2>

Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria – IECS. (2018). *Mapa de Investigación en el Área de Salud en Argentina*, p. 1-156. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/mapa_investigacion.pdf

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993-1995.

López, M. P. (2016). Aportes para el análisis de la cooperación científico-tecnológica internacional como política pública. IX Jornadas de Sociología de la UNLP, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8979/ev.8979.pdf

López, M. P. (2015). Aportes para pensar las dimensiones internacionales de la investigación en América Latina. *Revista iberoamericana de ciencia tecnología y sociedad*, 10(30), 173-197.

Maceira D., Paraje G., Aramayo F., Duarte Masi S. y Sánchez D. (2010). *Financiamiento público de la investigación en salud en cinco países de América Latina*. *Rev. Panam. Salud Pública*. 27(6), p. 442–451. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2010.v27n6/442-451/es>

OCDE. (2015). *Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities*. Publicado por acuerdo con la OCDE, París (Francia), p. 1-402. DOI: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264239012-en.pdf?expires=1592669229&id=id&accname=quest&checksum=3D9C7541AB4132A51D1A74F48BBF3010>

Organización Panamericana de la Salud, Informe 1ª CLPIIS (2008). *Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Investigación e Innovación en Salud, Rio de Janeiro, Brasil.* Disponible en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Investigacion-innovacion-salud-1a.conferencia-informe-0-I-CLIS-2008.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). Informe 2ª CLPIIS, *Conferencia Latinoamericana sobre Políticas de Investigación e Innovación en Salud, Panamá, (Panamá)*, 1-37. Recuperado de: http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2011/10/COHRED_LAT_SP_web.pdf

Pang, T., Sadana, R., Hanney, S., Bhutta, Z. A., Hyder, A. A., & Simon, J. (2003). Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 815-820.

Pretell, EA. (2017). *De la investigación científica al diseño de políticas de salud: la experiencia con la eliminación de la deficiencia de yodo en Perú.* *Rev Perú MedExp Salud Pública.* 2017; 34(3), p. 538-43. DOI: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2861>

Proyecto EU-LAC HEALTH. (2012). Sistema Nacional de Investigación en Salud, Argentina. Disponible en: <https://healthresearchweb.org/?action=download&file=SNISArgentina.pdf>

Sebastián, J. (2020). La cooperación como motor de la internacionalización de la investigación en América Latina. *CTS: Revista iberoamericana de ciencia, tecnología y sociedad*, 15(44), 79-97.

Sebastián, J. y Benavides, C. (2007). Ciencia, tecnología y desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Agencia Española de Cooperación Internacional.

Szlezák NA, Bloom BR, Jamison DT, Keusch GT, Michaud CM, Moon S, et al. (2010). *The Global Health System: Actors, Norms, and Expectations in Transition.* *PLoS Med* 7(1): e1000183. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000183>

Testoni F., García Carrillo M., Gagnon M.A., Rikap C. y Blaustein M. (2020). Whose shoulders is health research standing on? A meta-analysis of the influence of large pharmaceutical companies and leading universities on global biomedical research agendas.

Velho, L. (2000). Redes regionales de cooperación en CyT y el MERCOSUR. *Redes*, 7(15), 112-130.

Wagner, C. (2006). "International collaboration in science and technology: promises and pitfalls". En Louk Box and Rutger Engelhard (eds). *Science and Technology Policy for Development, Dialogues at the Interface*. London: Anthem Press.