



Escribe
José Carlos Escudero
SALUD EN CUBA
Y EN EEUU

Entrevistas

Pedro Cahn

POLÍTICAS Y DERECHOS

Lilian Capone

CONSTRUCCIÓN

INTERSINDICAL

Daniel Rabinovich

APOSTAR A LA CIENCIA

Daniel Catalano

APRENDER IGUALDAD

Miryam K. de Gorban

SOMOS MALCOMIDOS



Medicamentos

SALUD vs. MERCADO

Daniel **GOLLAN** Jorge **RACHID** Gianni **TOGNONI** Mario **ROVERE**
Joel **LEXCHIN** Gabriela **DUEÑAS** Lorena **DIGIANO** Hernán **MARMUREK**



“Son los silencios testigos perdurables, testimonios vigentes a través del tiempo y la distancia a lo largo y ancho del Abya Yala. (...) Es la voz de los pueblos silenciosos que nos brindan sus mensajes pétreos, seguros, auténticos, firmes como lo está la convicción de que nuestra cultura fue eclipsada quinientos años, jamás sepultada.”

Oswaldo Maidana

CEREMONIA DE CURACIÓN MACHI

Museo Temático de Maquetas Tupac Amaru. San Salvador de Jujuy.

La recuperación de la cultura popular sometida no será de consenso con los opresores ni su cultura. La (re)construcción del sentido, se hace colectivamente y desafiando poderes hegemónicos.



Editorial

Salud y proyecto de país

La salud de una población está directamente relacionada con una cantidad de variables que, inevitablemente, dependen del modelo político, económico y social predominante en un país. Sabemos que, a mejor calidad de vida, las poblaciones tienen mejor salud. Esto significa que las sociedades que acceden a buenos trabajos, a educación de calidad, a la cultura, a la vivienda, a la recreación, a una correcta alimentación, al agua potable, a cloacas, a sistemas de protección social, etc. gozan de una mejor salud. Es evidente, que las enfermedades no afectan de la misma manera a quienes tienen altos ingresos, ingresos suficientes para satisfacer las necesidades básicas o a un indigente. Las posibilidades de enfermar son mayores en los más pobres y sus chances de detectar tempranamente una dolencia y de acceder a un tratamiento adecuado en el momento oportuno son menores.

Por lo tanto, los gobiernos que instrumentan proyectos políticos de exclusión social, de rebajas salariales, de empobrecimiento de la sociedad traen aparejado, indefectiblemente, un deterioro de la salud que se termina expresando en los indicadores sanitarios. Si a esto le sumamos que ese tipo de gobiernos conciben a la salud como un “gasto” y achican los presupuestos de salud pública para la prevención, promoción, asistencia y rehabilitación, el daño que terminan produciendo es enorme.

La salud es un derecho básico y es preciso que toda la comunidad lo defienda. Es importante que nunca más se pueda convencer a nadie de que salud y política, son cosas diferentes.

Exactamente eso es lo que está sucediendo en nuestro país y en los países de la región en los que se han vuelto a imponer, por diferentes vías, gobiernos de corte neoliberal que tienen como denominador común el desaliento de las industrias locales, del consumo que genera el mercado interno y la restricción de la inversión social. Estos gobiernos generan una redistribución regresiva de la riqueza, privilegiando las ganancias de pequeños sectores de la sociedad dueños de grandes fortunas en desmedro de los trabajadores y los sectores más carenciados. En otras palabras, retiran dinero de los bolsillos de millones de argentinos bajando salarios, aumentando tarifas y precios para repartirlo entre muy pocos, con la promesa de que éstos van a invertir para generar más empleo, situación que nunca se termina dando porque esos recursos terminan fugándose del país o se utilizan para obtener rápidas ganancias en inversiones de especulación financiera. El deterioro en los ingresos de las mayorías impacta directamente en la calidad de vida y en la salud, provoca problemas de alimen-

Dirección General

Daniel Gollan

Dirección Editorial

Nicolás Kreplak

Edición

María Victoria Anadón

Coordinación

Salvador Giorgi

Consejo Editorial

Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero,

Enio García, Silvia González

Jorge Kohen, Jorge Rachid,

Mario Rovere

Jefes de sección

Política sanitaria- Nicolás Kreplak

Salud y trabajo- Jorge Kohen

Ciencia y soberanía- Enio García

Medicamentos- Jorge Rachid y Leonardo Verna

Género y diversidad sexual- Sabrina Balaña

En la vida cotidiana- Jonatan Konfino

Participación comunitaria- Silvia González

En este número colaboran

Pedro Cahn, Federico Kaski, Leonardo Verna,

Daniel Manoukian, Daniela Burgos,

Emanuel Soriano, Lilian Capone, Wlosko, Ros,

Panigo, Letcher, Strada, Neffa, Rivero, Científicos

y Universitarios Autoconvocados Bs. As., Gabriel

Rabinovich, Horacio Barri, Gianni Tognoni,

Hernán Marmurek, Joel Lexchin, Agrupación Raúl

Laguzzi, Gabriela Dueñas, Rubén Sajem, Claudia

Machi, Lorena Di Giano, Carlos Dupetit Daniel

Catalano, Luciana M., Luciana Sánchez, Miryam

K. de Gorban, María José Sogni, Julián Polinesi.

Redacción Martín Miño

Corrección Luz Osman

Diseño y diagramación

Matías Bastino, Ma. de los Ángeles Pérez Soto

Fotografía

Patrick Haar, Estanislao Santos, Fernando López

Correo

contacto@revistasoberaniasanitaria.com.ar

Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe

Jorge A. Hoffmann, Ricardo M. Delfor,

Adolfo Avallone, María Eugenia Flores,

Mario S. Tirelli, Alejandro Esquivel,

Elsa L. Splendiani, Darío H. Galarza,

Diego G. Vandembergher, Carlos Meloni,

Analía Puntillo, Patricia M. Rudel,

Marcelo R. Martini, Mónica Ghiglia.

*Los editores no son responsables por las opiniones vertidas
por los colaboradores, entrevistados y las notas firmadas.*



FUNDACION
**SOBERANIA
SANITARIA**



Asociación
Trabajadores
del Estado
CDP Santa Fe
ATA

tación, dificultad para el acceso a medicamentos, al hábitat digno, a la calefacción, a la educación, a la recreación y al transporte.

Reflexionemos un instante si no es esto lo que nos está sucediendo a cada uno de nosotros y a nuestros familiares o conocidos. Diversas investigaciones que se han desarrollado en estos últimos meses dan cuenta de esta cruda realidad con cifras objetivas que son incontrastables. Cifras que, por otra parte, se hacen vivenciales cotidianamente en las fábricas, en las empresas o en organismos del Estado en los que trabajamos como también en los barrios en los que vivimos o recorreremos. Por otro lado y en paralelo, también se está debilitando de modo alarmante, la capacidad de dar respuesta desde los hospitales y centros de atención primaria por el desfinanciamiento, los salarios bajos, la falta de insumos y el desmantelamiento o derogación de los programas del Ministerio de Salud de la Nación destinados a la prevención, promoción, atención y rehabilitación. También los afiliados del PAMI y los de obras sociales están sufriendo el deterioro en las prestaciones, situación que alcanza incluso a la mayoría de los asociados a empresas de medicina prepaga que padecen restricciones de algunos prestadores y prolongados tiempos de espera para los turnos programados. La consecuencia de todo este combo entonces, es que tenemos más población propensa a enfermarse por el deterioro de su calidad de vida por un lado y un sistema de salud con mayores problemas para dar respuestas, por el otro.

En estos momentos tan difíciles es muy importante hacer todo lo que esté a nuestro alcance para impedir mayores retrocesos en los derechos básicos. La salud es uno de ellos, y es preciso que toda la comunidad la defienda con las diferentes herramientas que nos brinda la democracia. Esta revista es un pequeño aporte para canalizar esa defensa de la salud. Hay muchas otras, y cada uno deberá decidir con cuales participar, recordando además, que cada dos años tenemos la posibilidad de revertir el rumbo a través del voto. Porque es importante que nunca más se pueda convencer a nadie de que salud y política son cosas diferentes.

Daniel Gollan & Jorge Hoffmann

Dirección General
Revista Soberanía Sanitaria

Secretario General
ATE CDP Santa Fe

También en este número...

*El derecho a la salud:
¿una política pública?*



11

Políticas sanitarias

Por Daniel Manoukian

Salud y trabajo

**Entre las tareas
pendientes
y la restauración
neoliberal**

Por Jorge Kohen



24

Por Científicos y Universitarios
Autoconvocados Buenos Aires



Ciencia y
soberanía

42

**Un movimiento
popular de ciencia y
técnica. ¿Qué hacer?**

DoSSier Medicamentos

**Cuando los
medicamentos
son derechos
y no productos**



78

Por Laboratorio Industrial Farmacéutico- LIF
Sociedad del Estado, Prov. de Santa Fe

**Acceso al medicamento
con perspectiva de
género**

Género y diversidad sexual

88

Por Luciana
Sánchez



**El Estado
ausente**

Por María José
Sogni Casco

106

Participación comunitaria

109 **Organizarse para
construir**

Por Julián Polinesi



Políticas sanitarias

- 6 “Aprendí de y con mis pacientes”** - Entrevista a Pedro Cahn
- 11 El derecho a la salud: ¿una política pública?**- Por Daniel Esteban Manoukian
- 16 ¿Qué políticas públicas atraviesan un centro de salud?** - Infografía
- 18 Dos modelos en pugna**- Por Emanuel Soriano
- 19 Salud colectiva en Cuba y en Estados Unidos: algunos números** - Por José Carlos Escudero



Salud y trabajo

- 24 Entre las tareas pendientes y la restauración neoliberal** - Por Jorge Kohen
- 28 ART: el debate actual**- Por Jorge Kohen
- 32 “Construimos un espacio colectivo intersindical”**- Entrevista a Lilian Capone
- 34 Resumen ejecutivo. Despidos masivos en Argentina: caracterización de la situación y análisis del impacto sobre la salud física y mental (2015-2016)**- Por Wlosko, Ros, Panigo, Letcher, Strada, Neffa y Rivero
- 40 Observatorio de salud de los trabajadores en la provincia de Santa Fe**



Ciencia y soberanía

- 42 Un movimiento popular de ciencia y técnica. ¿Qué hacer?**- Por Científicos y Universitarios Autoconvocados Buenos Aires
- 46 Apostar a la ciencia**- Entrevista a Gabriel Rabinovich



DoSSier MEDICAMENTOS

- 52 El medicamento es un bien social** - Por Daniel Gollan
- 54 La industria farmacéutica en manos piratas** Por Jorge Rachid

55 ¿Quién es Gianni Tognoni? - Por Horacio Barri
“La Argentina tiene una larga historia de luchas por la salud”- Entrevista Gianni Tognoni

58 Atrapados por el marketing - Por Hernán Marmurek

60 Trump y la gran industria farmacéutica - Por Mario Rovere

63 Los medicamentos en la era de la posverdad - Por Joel Lexchin

65 ¿Regulados o en manos del mercado? - Por Agrupación Raúl Laguzzi

67 La medicalización infantil - Por Gabriela Dueñas

70 Garantizar el acceso para salvar vidas- Por Rubén Sajem

73 Publicidades engañosas- Por Claudia Machi

76 ¿Es posible un mundo sin patentes farmacéuticas? Por Lorena Di Giano

78 Cuando los medicamentos son derechos y no productos- Por Laboratorio Industrial Farmacéutico-LIF, Sociedad del Estado, Prov. de Santa Fe y Leonardo Verna

81 Soberanía bien entendida- Por Carlos Dupetit



Género y diversidad sexual

84 “Si realmente creemos en la igualdad, hay que jugarla”- Entrevista a Daniel Catalano

88 Acceso al medicamento con perspectiva de género- Por Luciana Sánchez

92 “Somos una murga que incomoda”- Por Luciana M.



En la vida cotidiana

96 “Somos malcomidos”- Entrevista a Miryam K. de Gorban

100 10 mensajes saludables- Infografía

102 Patrones del consumo- Por Jonatan Konfino



Participación comunitaria

106 El Estado ausente - Por María José Sogni Casco

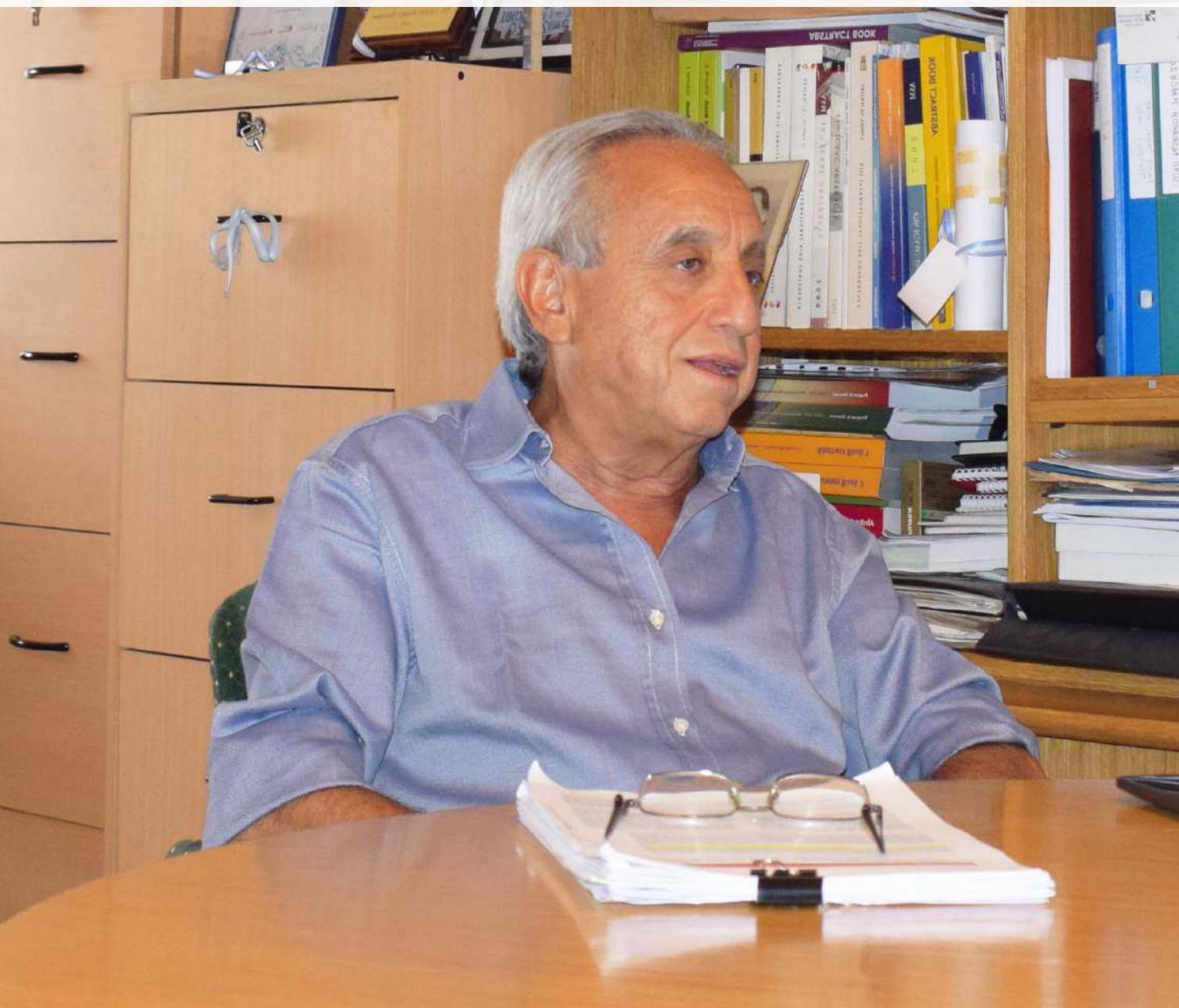
109 Organizarse para construir - Por Julián Polinesi



POLÍTICAS SANITARIAS

“Aprendí de y con mis pacientes”

El último cuarto del siglo XX estuvo marcado fuertemente por el surgimiento de la pandemia del VIH-Sida. En nuestro país, el proceso de maduración social atravesó dificultosas idas y vueltas hasta llegar al día de hoy. Pedro Cahn es un protagonista y referente ineludible en esta materia. Pasado, presente y futuro se cruzan en la conversación de un apasionado por la salud y el debate público.



¿Qué recordás de los primeros casos de la pandemia de VIH-SIDA en el mundo y en Argentina?

Empezaron como casos aislados que, casi en su totalidad, afectaban a hombres que tenían sexo con otros hombres. Llegaban ya muy avanzados y morían en pocos meses. Mi vida profesional hasta ese momento era igual a la de cualquier médico, no tenía ninguna preparación para entender las cuestiones de diversidad sexual y ni el uso de sustancias que rápidamente se asociaron con esta patología. Aprendí de y con mis pacientes muchas cosas. Padecimos juntos la discriminación de los mismos profesionales que nos dedicamos al tema. Nos quisieron sacar del hospital, tuvimos prohibido internar pacientes durante un par de años. Fue muy doloroso. Por eso hay que reconocerle un rol fundamental a los colectivos de pacientes afectados por esta enfermedad. Si no hubiese sido por la lucha de las organizaciones de la comunidad de pacientes, no hubiéramos avanzado tan rápido en ciencia, incluyendo el tratamiento. Creo que se ha avanzado mucho, pero queda un largo camino por recorrer, en relación a derechos, acceso a la salud y no discriminación. Estos colectivos fueron fundamentales también en cuestiones tales como la conquista del matrimonio igualitario y la ley de identidad de género. En general tienen un fuerte vínculo con las organizaciones de derechos humanos.

¿Cuál creés que es la tarea más importante que hoy lleva adelante la Fundación Huésped?

Trabajamos en la prevención, la investigación de nuevas alternativas terapéuticas y en la defensa de derechos. Impulsamos además la educación de la población en general y de los trabajadores de la salud, en particular sobre temas como el VIH, la hepatitis, otras enfermedades de transmisión sexual (ITS), la tuberculosis y la salud sexual y reproductiva. De cara al futuro nos preocupa mucho lo que puede suceder con las poblaciones vulneradas por el actual modelo económico que vivimos en la Argentina. Hoy, por ejemplo, sabemos que zika es una ITS y, por lo tanto, nos ocupa todo lo relacionado a ella. Ojalá podamos poner estos temas en la agenda.

¿Cómo ves actualmente la situación sanitaria en el país?

No es posible hablar de salud en abstracto. Una cosa son las políticas específicas sanitarias o las que dependen estrictamente del Ministerio de Salud y otra cosa es la salud a secas. Cuando hablamos de salud en general nos referimos a las condiciones de vida de la gente que van desde la alimentación, el acceso al agua potable, el acceso a cloacas, una vivienda digna, que se tenga trabajo, etcétera. Todo eso, obviamente, no necesito explicarlo, se ha deteriorado durante el año 2016 y lo que va del 2017. Por eso, en salud, aun cuando las políti-

■ Pedro Cahn

Es Jefe de la Unidad de Infectología del Hospital Juan A. Fernández y Profesor Adjunto del Departamento de Medicina, Orientación Infectológica, de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Es Director Científico de Fundación Huésped desde 1988. Es también miembro del Consejo de Gobierno de la Sociedad Internacional de Sida (IAS) desde el 2002 y miembro del Consejo de la Sociedad Internacional para Enfermedades Infecciosas (ISID).

cas de salud hubieran sido perfectas, que no lo fueron, estamos peor.

En algunos casos ya se está viendo, pero en otros se va a empezar a ver cuando tengamos los nuevos indicadores que tienen que ver con mortalidad infantil, con la cobertura de programas que fueron muy exitosos, como el programa de vacunación y otras áreas que se están viendo resentidas. Entonces, en la medida en que la situación social se deteriora, la situación en salud también empeora. Sumado a que en el área específica de gobierno, tuvimos una conducción errática en la cual, me parece que hubo más preocupación en desarmar lo que había antes que por armar una alternativa nueva, que podía ser buena, regular o mala, pero que ni siquiera tuvimos la oportunidad de criticarla porque no aparece un plan claro.

“Hay que reconocerle un rol fundamental a los colectivos de pacientes afectados por esta enfermedad. Si no hubiese sido por la lucha de las organizaciones de la comunidad de pacientes, no hubiéramos avanzado tan rápido en ciencia, incluyendo el tratamiento.”

Para un ministerio que desde Cavallo en adelante, es prácticamente un ministerio sin hospitales, sin efectores, como Educación es un ministerio sin escuelas. Una de las peores cosas que sucedieron en la década del noventa fue cuando se provincializó y a su vez se municipalizó la salud. Porque no es lo mismo un poderoso Ministerio de Salud en la Avenida 9 de Julio manejando una red de salud nacional que el intendente de Quilipi teniendo que arreglarse con su salita con el presupuesto que le caiga de



la provincia, que a su vez, depende de las transferencias del Estado Nacional. Ese esquema da para que la Ciudad de Buenos Aires, con PBI per cápita que es cinco veces más alto que el de las provincias más pobres, pueda resolver, o por lo menos debería poder resolver aunque en muchos casos no resuelve, los problemas de la agenda de salud. Mientras que, en las provincias “inviabiles”, según el lenguaje de Cavallo, esto queda a la buena de Dios.

Retomando esto que planteás, ¿tenemos un Ministerio de Salud frenado? Un hecho importante es que se ven muy pocas compras publicadas en el Boletín Oficial.

Sí, además, yo diría que para un gobierno que hace de la comunicación el centro de gravedad de su gestión, salud es un tema que vende poco. Salvo cuando tenemos un alarma, si viene el dengue, la gripe, el cólera o lo que sea, entonces ahí sí vende. Pero si no, es un tema con poco atractivo para los medios y por lo tanto está relegado.

En ese sentido ¿cómo observás que han manejado la comunicación respecto del dengue?

Lo que sucede con esto es que se parte de un vicio fundamental. Todo lo que se dice es correcto pero es completamente insuficiente, porque el tema no puede ser solamente que la señora de vuelta el cacharro en el fondo de su casa o vacíe el plato del perro. Por supuesto hay que emitir activamente estas recomendaciones pero no alcanza para completar una política pública. Hay gente que si no vas y la ayudás a descacharrar con una acción territorial no va a poder cumplir con esa medida preven-

tiva. No se puede dar por sentado que al emitir un mensaje por televisión todos las recepciones serán iguales, porque no te lo recibe igual un tipo con educación universitaria, secundaria, primaria incompleta o analfabeto. La obligación de la política de salud es llegar a todos pero fundamentalmente a los que menos acceso tienen por limitaciones educativas, sociales, o lo que sea. Y eso me parece que no está. Por eso, el mensaje del Dengue está bien, pero ¿alcanza? No, no alcanza.

“Nos preocupa mucho lo que puede suceder con las poblaciones vulneradas por el actual modelo económico que vivimos en la Argentina.”

¿Cómo ves el funcionamiento de la política de inmunizaciones del Estado Nacional?

Le pidieron la renuncia a Carla Vizzotti que fue fundamental en la construcción del programa y que hoy es asesora de la Organización Mundial de Salud en vacunas. Una persona que no llegó al cargo por influencias políticas, que hizo un trabajo fantástico y que estaba dispuesta a continuar con su tarea técnica. Respetada por todo el mundo, respaldada por la Sociedad Argentina de Infectología, respaldada por nosotros que en su momento hablamos y pedimos que no la saquen.

¿Y en materia de accesibilidad de medicamentos?

Yo te diría que lo que es muy preocupante es el tema de los medicamentos para la tuberculosis. En el programa de VIH hubo en dos momentos del año pasado un faltante de nevirapina y después hubo un faltante de darunavir pero esto tuvo más que ver con la burocracia de las licitaciones, después hubo un laboratorio que no entregó a tiempo pero la verdad es que no hubo una decisión de parte del Estado.

“No es posible hablar de salud en abstracto. Una cosa son las políticas específicas sanitarias o las que dependen estrictamente del Ministerio de Salud y otra cosa es la salud a secas.”

¿Cómo es que un medicamento llega a estar disponible para el público? ¿Cuál es el rol de las multinacionales en ello?

La mayoría de los descubrimientos de nuevas drogas están hechos por laboratorios multinacionales. ¿Está bien que sea así? No, no está bien pero la realidad es como es y no como una quisiera. Es verdad que esos laboratorios hacen grandes inversiones para desarrollar drogas y en general lo que ocurre es que de aproximadamente de cien compuestos que se empiezan a ensayar in-vitro antes de llegar al desarrollo humano, llegan uno o dos al mercado. Por lo cual, se supone que ese producto tiene que pagarles el costo de inversión, que es altísimo pero no es tan alto como el que dicen los laboratorios porque te cargan un montón de gastos de publicidad y cosas así. Igual hay que reconocer que es una inversión alta y que tiene que tener un retorno porque si no, lamentablemente, el desarrollo de nuevas drogas no va a surgir. De ahí a tener una posición monopólica que te deje como esclavo de los mercados en los países con bajos poderes adquisitivos, donde han llegado, por ejemplo, a hacerle juicio al gobierno de Sudáfrica o al gobierno de Brasil. Después se tuvieron que echar atrás porque desde el punto de vista de la reputación de una compañía un juicio así no es rentable. Hacerle juicio al gobierno de Sudáfrica porque autorizó que una empresa de medicamentos genéricos fabrique un medicamento para el tratamiento del VIH es como para tirarte encima a todo el mundo, a la prensa internacional, etcétera.

Los medicamentos tienen un plazo de protección de patentes que generalmente es quince años. A veces se las ingenian con una técnica que se denomina *evergreen* para agregar, por ejemplo, un poquito de vitamina B12 y conseguir una extensión de patente por cinco años más.

Es decir, duran entre quince y veinte años. Una vez que vence esto, es un medicamento genérico. O sea que si vos te pones una fábrica de medicamentos y querés fabricar aspirina, no tenés que pagar regalías a nadie porque la aspirina tiene muchísimos años.

Luego están las copias que son producciones en las que generalmente el denominado Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA), el corazón del medicamento, viene de la India o ahora actualmente algunos vienen de China, pero básicamente India es el gran productor de los agentes farmacéuticos, y luego viene acá y se lo fracciona, se lo empaqueta, se le pone en blister, en la cajita y se vende. Más barato que el medicamento original, pero no tremendamente más barato porque convengamos que las compañías de genéricos son también empresas privadas en la Argentina y no hacen beneficencia y hacen lo que se conoce como el efecto murciélago, se cuelgan del precio más alto. Si el original cuesta \$1000, ellos lo venden a \$910. En realidad el costo es \$80, te lo tendrían que vender, con una rentabilidad razonable, a \$120, \$150, pero te lo venden a \$910. Que es más barato que el otro y como en los mecanismos de compras en el Estado, vos estás obligado a comprar el producto más barato siempre y cuando respondan a las mismas características. ¿Cuál sería la solución desde una perspectiva en donde las cosas fueran como uno cree? Bueno, la producción estatal de medicamentos.

“Es importante que existan los genéricos porque permiten una competencia de los precios.”

¿Cómo ves este desarrollo en nuestro país?

Hay capacidad instalada, no para producir cualquier cosa, eso es mentira. No podríamos tener una autodeterminación de 100% de toda la medicación que hay en el país porque hay biológicos que son complicados. De hecho se armó una industria nacional biológica durante el gobierno de Cristina Kirchner, cuando se hizo una alianza entre dos empresas farmacéuticas argentinas y el Ministerio de Salud de la Nación. Ahí tenemos un modelo de alianza público-privada. El Estado solo no lo podría hacer.

En la época de Ginés, él promueve una ley, que tuvo sus idas y vueltas con mucho lobby, sobre todo en el Senado. Y tuvieron que sudar la gota gorda para que fuera aprobado, por la cual los médicos no podemos recetar una marca, sino tenemos que recetar el genérico. Por ejemplo: yo no puedo recetar “Amoxidal”, tengo que recetar amoxicilina. Y el farmacéutico está obligado a ofrecerle



REFERENTE. El Dr. Pedro Cahn junto a los doctores Federico Kaski y Leonardo Verna, durante la entrevista.

al paciente todas las marcas, el “Amoxidal”, el “Penamox” y otras cinco más con estos precios. Se supone que si están en poder del farmacéutico para ofrecerlo, ANMAT ha hecho los controles correspondientes y la medicación se puede usar.

¿Y respecto de los genéricos en el tratamiento del VIH?

De hecho, una buena proporción de los tratamientos son medicamentos genéricos y te digo la verdad, los resultados son muy similares. Eso tiene una explicación sencilla, una vez el director de una multinacional me dijo “lamentablemente para nosotros, fabricar un mal genérico no es más barato que fabricar un buen genérico”. Es decir, la compañías no ganan nada al fabricar un mal genérico porque tienen costos que son constantes, la cajita te cuesta lo mismo, el blíster te cuesta lo mismo, el excipiente te cuesta lo mismo y la verdad es que no hay diferencias. Puede darse que vos le estés pagando a una empresa por 600 miligramos de una droga y te estén entregando 612 o 587 pero la verdad no cambia en nada. Por eso los resultados a escala poblacional son lo mismo.

¿Cuál es, entonces, la importancia de la Ley de Genéricos?

Permite que existan una cantidad de laboratorios en Argentina que fabrican genéricos y que a su vez generan una cantidad de puestos de trabajo, etcétera, que es un factor que hay que considerar en esta época y permite una competencia con el producto original, si vos derogás la Ley de Genéricos y volvés a permitir que el médico recete solamente el medicamento original, la tendencia es a recetar una marca en especial, primero porque es el primer nombre que se conoció, nació la marca y el producto, además las empresas suelen tener fuerzas de venta que vienen, te visitan en el consultorio, te traen la lapicera y te traen la cajita y por ahí te invitan un viaje, etcétera. Es una estrategia de marketing para venderte algo. El gran tema con los medicamentos es que prácticamente es la única circunstancia en la cual el tipo que indica la compra no es el que la paga. O sea, yo me voy a comprar un televisor, voy a una casa de artículos para el hogar, elijo mi televisor, me gusta uno de cuarenta porque quiero ver fútbol y digo “uy tengo que pagarlo”. Es decir, llego a la caja y veo cuánto sale, miro si hay cuotas o no, decido. Yo

acá como médico te receto algo, te doy la receta y entonces, o lo pagás vos, o lo paga tu obra social, el Estado o tu prepaga, pero yo no lo pago. El costo de tu medicamento a mí no me afecta, pero yo soy el que indica la compra. Vos no sos el que indica la amoxicilina, soy yo. Entonces es un mecanismo muy particular casi único en términos de marketing donde vos tenés que ejercer la presión de venta sobre el que prescribe pero que no es el que paga. Por eso es importante que existan los genéricos porque permiten una competencia de los precios, limitada pero competencia al fin.

Vale aclarar que en el campo de VIH los genéricos hicieron prácticamente una revolución en términos de acceso a medicamentos.

Sí, y de hecho las discusiones que tenemos acá no existen en otras partes del mundo porque las empresas multinacionales, algunas de ellas, directamente le transfieren la tecnología, ellos dicen sin costo, yo creo que debe tener un pequeño retorno del 1 o 2 % sobre la venta, a empresas de genéricos de África. Ellos abandonan ese continente. Se dan cuenta que su negocio está en vender en Europa, Estado Unidos, Japón y en forma intermedia, porque los venden a otros valores, en América Latina, Tailandia, Singapur y algunos países de Asia que tienen economías intermedias, digamos. Hoy ya no hay guerra de genéricos en África, directamente la compañía multinacional cede a una empresa de genéricos en África la tecnología, el *know-how* y le dice “producí”...

En relación a Hepatitis C y la campaña que se hizo durante el 2015 para el acceso a los medicamentos sofosbuvir y daclatasvir, uno de los compromisos que se había asumido desde la Dirección era ampliar el criterio de inclusión y que no solo estuviera reservado para los pacientes más críticos.

No, hasta donde yo sé la Dirección de VIH-SIDA no amplió ese criterio. Lo que pasa es que está circulando, por el proceso de las aguas de la burocracia del ministerio, una carpeta con las compra de mil tratamientos más pero hoy no hay mil tratamientos en espera. Lo que pasa es que no pueden encontrar a la gente porque no se hacen campañas de detección de Hepatitis C, que es lo que deberían hacer.

El derecho a la salud: ¿una política pública?

A contrapelo del mandato neoliberal que ilumina el proceso de restauración conservadora que promueve la actual conducción nacional, seguimos sosteniendo la necesidad de construir una definición colectiva que nos lleve a reformular la misión y la imagen objetivo de un sistema de salud que garantice el ejercicio pleno del derecho a la salud.



Fotografía: Patrick Haar

La salud, tanto individual como colectiva, es el resultado de complejas interacciones entre procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en la sociedad en un lugar y momento histórico determinado. La determinación social de la salud, en consecuencia, obliga a asumir que la salud de la población no es solo un asunto de política sanitaria y que no puede pensarse y diseñarse un modelo de sistema de salud que no esté contenido en un modelo de país.

Nos inspira una filosofía que se expresa en términos sencillos, que resulta de un legado que nos sugiere un horizonte, nos reclama un compromiso y enmarca nuestro accionar para vertebrar una estrategia acorde:

<Independencia económica y Soberanía política para conquistar la Justicia Social que los argentinos y argentinas se merecen, poniendo para ello en juego el rol de un Estado fuerte y presente, a favor de los intereses populares.>

Estrategia o la forma de prepararnos para lograr lo que nos proponemos

Para ser consecuentes con esa filosofía sostenemos que hay que volver a Carrillo. Esto es: recuperar las banderas que inspiraron al gobierno justicialista que con Ramón Carrillo como Ministro de Salud, seis décadas atrás, construyó un sistema integrado de salud, de vida efímera

ra, pero que nos marcó un camino que nos proponemos retomar para contribuir a completar la tarea, que no es otra que aportar desde este sector a la felicidad del Pueblo y la grandeza de la Nación.

No alcanza con lograr cobertura universal (todos cubiertos con algún sistema o sub-sector de salud), si al mismo tiempo no se garantiza acceso universal de calidad.

La historia argentina del último medio siglo nos devuelve la certeza de que un sistema de salud fragmentado y segmentado, lejos de resultar equitativo y efectivo, termina cristalizando diferencias injustas y ampliando la brecha entre ricos y pobres. Las experiencias recientes de varios países de la región, por otra parte, nos señalan que los promocionados sistemas basados en lógicas de seguros, que se ofrecen como estrategia efectiva para alcanzar cobertura universal, tampoco logran alcanzar los resultados que la filosofía enunciada persigue.

Independencia económica y Soberanía política para conquistar la Justicia Social que los argentinos y argentinas se merecen, poniendo para ello en juego el rol de un Estado fuerte y presente, a favor de los intereses populares.

Nos referimos a Sistema de Salud para emplear un término conocido reconociendo que el concepto de *campo* refleja mejor la complejidad de la que se trata. Siguiendo a Pierre Bourdieu, *campo* es un espacio de juego donde los agentes (que se mueven representando intereses) despliegan una lucha por conquistar capitales (que puede ser de tipo económico, social, cultural, simbólico).

En el *campo* todos juegan, ergo todos son sujetos que interactúan, no son objetos inanimados. Para el campo de la salud esto incluye a trabajadores y usuarios. Así los trabajadores no son meros autómatas que cumplen órdenes, por el contrario, no solo juegan por su condición de sujetos, sino además por la naturaleza del trabajo artesanal que despliegan. Los usuarios o pacientes también interactúan, responden, devuelven, contradicen, cuestionan, proponen y deciden, por lo que el Sistema de Salud debe constituirse en base a la participación efectiva de todos esos actores.

¿Sistema único o integrado de salud?

No resulta pertinente desde nuestro punto de vista, plantarse desde miradas utópicas, necesarias para alumbrar

un horizonte, pero insuficientes para dar cuenta de los pasos a seguir en esa búsqueda. Desplegar vocación de poder implica en este sentido, asumir la realidad actual y emplear la política para transformarla, y en ese proceso de transformación construir alternativas viables y al servicio del interés superior.

Por esa razón, aunque desde la teoría un sistema único de acceso universal podría pensarse como ideal, nuestra realidad nos obliga a explorar otras opciones. La existencia de actores sanitarios con fuerte presencia y con aquilatada trayectoria, pero sobre todo una cultura de consumo de asistencia muy arraigada (sí, lamentablemente debemos aceptar que para grandes sectores sociales, la asistencia sanitaria se ha transformado en el consumo de una mercancía más), hace que como estrategia para el mediano plazo se proponga un sistema que integre en forma inteligente los recursos y dispositivos actualmente disponibles.

Políticas públicas de salud como tácticas o las herramientas para transformar

La filosofía, o la política como diría Testa, puede aparecer como el objetivo de la estrategia, siendo ésta no la manera de alcanzar la meta, sino una manera de ponerse en situación de aproximarse a ella. La idea de estrategia da por supuesto el hecho de que el objetivo es en sí conflictivo. Esto equivale a pensar que su búsqueda implica avanzar en un cambio de correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales.

Así, mientras que el diseño e implementación de un sistema de salud aparece como la estrategia, las políticas públicas de salud (PPS) se asumen como las tácticas o instrumentos para contribuir a alcanzar el objetivo (la filosofía). A partir de definir los principales ejes conceptuales inspiradores de un sistema nacional integrado de salud (garantizar acceso universal al Derecho a la Salud, resultar socialmente eficaz, económi-

La estrategia central

Para el sector sanitario es vital avanzar hacia la definitiva instalación de un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con eje en el sector público y bajo la gestión y supervisión del Estado, para garantizar a todos los habitantes de la Patria sin distinciones, asistencia sanitaria oportuna y calificada, de acceso libre y gratuito, haciendo efectivo el cumplimiento de un derecho humano esencial.



Fotografía: Patrick Haar

camente eficiente, equitativo y solidario y orientado a resolver los principales problemas que atentan contra la salud de la comunidad), las políticas públicas instrumentadas deben resultar consistentes con ese andamiaje, pero además deben resultar complementarias entre sí para potenciarse a favor de conquistar los objetivos buscados.

Las políticas sanitarias pueden y deben ser herramientas que ayuden a atenuar los efectos de la fragmentación del sistema que generan inequidad. Sin embargo, cuando esas políticas no se diseñan en función de la estrategia general, sino como programas con objetivos que pueden ser meritorios pero no conjugan con el conjunto, el resultado puede apartarse del blanco y además desperdiciar recursos valiosos.

Esto es muy evidente cuando se analiza la implementación de programas verticales, especialmente cuando son impuestos desde organismos internacionales, con formatos muy rígidos y de cuyo financiamiento depende el funcionamiento al menos parcial, de los efectores de la red de atención.

Esto último muchas veces condiciona la vida cotidiana de centros de salud y hospitales, que por necesidad de financiamiento, pierden la mirada integral para concentrarse solamente en cumplir los requisitos exigidos para obtener fondos específicos.

Por otra parte, en los niveles centrales (nacionales y provinciales) si no existen claros lineamientos que marquen el rumbo, resulta fácil que cada política instrumentada

Tres elementos de las políticas públicas de salud

- En todas las decisiones está implícito el conflicto debido a la diversidad de intereses de los actores involucrados.
- Las PPS existen si se concretan acciones. Existe política pública cuando se ejecuta. En este sentido, la decisión lleva a una acción. De nada sirve solo reflexionar, hay que hacer.
- Las políticas públicas se relaciona con el alcance de lo público (autoridad y legitimidad), y una autoridad al decir de Yves Meny y Jean Claude Thöenig “se considera pública si ejerce funciones de gobierno sobre administrados y territorios definidos”. Esto último es particularmente importante para el caso argentino donde el Ministerio Nacional propone PPS a ejecutarse en un territorio sobre el cual no tiene potestad, lo cual obliga a negociar.

se transforme en feudos que contribuyen a la fragmentación dentro del propio sector público, contaminándose con una lógica de competencia improductiva para el conjunto.

Algunas aristas a tener en cuenta al formular Políticas Públicas en Salud (PPS)

Para que las PPS resulten instrumentos tácticos funcionales a la estrategia de consolidar un Sistema Nacional Integrado de Salud deben ser:

- Consistentes con la filosofía y la estrategia. Vale advertir que en ocasiones, detrás de nobles objetivos, se esconden ideas que confrontan con los principios centrales. Vale un ejemplo ilustrativo: el Programa Nacer, luego llamado SUMAR, aportó instrumentos favorables en el sentido del sistema de salud pretendido, por ejemplo en cuanto a la práctica de identificar a los usuarios y evaluar las tareas con herramientas de monitoreo (trazadoras), pero estaba basado en la lógica del seguro, que implica una población determinada y no universal y un grupo de acciones y no todas.
- Socialización y adoctrinamiento. Henry Mitzberg menciona como “socialización al proceso mediante el cual un nuevo miembro aprende el sistema de valores, las normas y en fin el sentido mismo de la organización a la que se incorpora” y adoctrinamiento “al diseño por el que la organización formalmente socializa sus miembros para su propio beneficio”. Un conjunto de PPS debe necesariamente ser el resultado de miradas que apuntan a problematizar las situaciones, poniendo en común las ideas que inspiran su diseño, para luego construir, con las adecuaciones locales del caso, una fuerza de tracción homogénea.
- Complementarias y no competitivas. Pensadas como conjunto para responder a una realidad compleja donde la fragmentación no contribuye a mejorar ni el acceso, ni las condiciones de vida.
- Contribuir a reducir las brechas, adecuándose a las realidades locales. Las PPS propuestas desde un ministerio sin territorio propio, deben plantearse como instrumentos al servicio de las jurisdicciones y no al revés. Esto implica proponer líneas de trabajo que apunten a reducir las brechas entre distintas jurisdicciones y hacia el interior de cada una de ellas, pero al mismo tiempo facilitar adecuaciones que conecten con lo local, tanto desde el punto de vista de aceptación social como respecto del respeto por el desarrollo y los trayectos ya realizados en cada territorio.
- Flexibilidad y promoción del ejercicio de la micro-política. Lo anterior marca la necesidad de PPS flexibles y a su vez la apertura al ejercicio de la micro-política, ese

espacio que al decir de Emerson Mehry, posibilita la implementación de “tecnologías leves”. La plasticidad que se espera de las PPS resulta necesaria en tanto se asume que cualquier política formulada para ejecutarse a futuro encierra en sí misma la incertidumbre de los cambios contextuales que sobrevendrán. La rigidez de las PPS deviene en fragmentación y obtura la posibilidad de auspiciar espacios para el control social y el enriquecimiento de las PPS con aportes locales.

Si las PPS estimulan el uso de los márgenes locales de libertad, pues entonces le dan entidad a los actores locales que dejan de ser meros ejecutores de políticas diseñadas por otros ajenos, para participar activamente de un espacio relacional, dotado de autonomía y por lo tanto de capacidad para transformar la realidad.

- Colaborar con el monitoreo. Es esperable también que las PPS instrumentadas desde el nivel nacional colaboren con los efectores de la red para instalar una cultura de supervisión dinámica de las tareas. Eso permite verificar los avances y generar los ajustes que resulten necesarios. El diseño e instrumentación de esos dispositivos es parte del aporte formativo que debe acompañar a la implementación de las PPS, no como condición para concretar desembolsos, sino como forma de instalar el concepto de evaluación dinámica.

Nota de cierre y final poético

Resulta necesario generar las bases de un proceso de refundación del sistema de salud, que no será el primero, pero que pretendemos nos conduzca a consolidar un modelo que garantice derechos ciudadanos y asegure su sustentabilidad.

Con ese telón de fondo las Políticas Públicas en Salud, como aquellas decisiones que desarrollan acciones orientadas a resolver problemas públicos relevantes, pueden y deben estar al servicio del objetivo central, que no es ni más ni menos que aportar desde este sector a mejorar la calidad de vida de los pueblos.

■ Por Daniel Esteban Manoukian

Es médico egresado de la UBA con diploma de honor, especialista en medicina general; magíster en economía y gestión en salud y también magíster en políticas y gestión en salud. Fue secretario de políticas públicas de salud (2013-2014) y delegado sanitario federal de Río Negro (2015). Actualmente se desempeña con dedicación exclusiva en un hospital público neuquino (Hospital Chos Malal).

Tácticas y estrategia

-Mario Benedetti-

*Mi táctica es mirarte
aprender como sos
quererte como sos.*

*Mi táctica es hablarte
y escucharte
construir con los labios
un puente indestructible.*

*Mi táctica es
quedarme en tu recuerdo
no sé cómo ni sé
con qué pretexto
pero quedarme en vos.*

*Mi táctica es ser franco
y saber que sos franca
y que no nos vendamos simula-
cros
para que entre los dos
no haya telón ni abismos.*

*Mi estrategia es
en cambio
más profunda y más simple,*

*Mi estrategia es
que un día cualquiera
no sé cómo, ni sé
con qué pretexto
por fin me necesites.*




¿Qué políticas públicas atraviesan un centro de salud?

INMUNIZACIONES



- Búsqueda de pacientes sin esquema de vacunación completo
- 1.656 pacientes
- 3.534 aplicaciones

MEDICAMENTOS




- 13 botiquines Remediar recibidos
- Compras municipales
- 5.935 medicamentos entregados
- 2.775 recetas pediátricas
- 920 recetas adultos
- 2.240 recetas ginecológicas

SALUD del ADULTO



- Atención clínica
- Grupos de vida saludable. Talleres de nutrición y prevención de la salud
- 666 consultas clínicas
- 100 pacientes en seguimiento por enfermedades crónicas

DENGUE, CHAGAS, TUBERCULOSIS

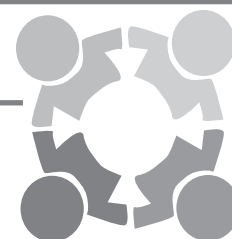


- Visitas domiciliarias
- Entrega de medicamentos
- Seguimiento de pacientes
- Talleres en escuelas y con la comunidad

4 estrategias centrales para llevar adelante las líneas de trabajo



CONFORMACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS



ARTICULACIÓN con ORGANIZACIONES SOCIALES

6.247 **18.960**
habitantes a cargo prestaciones durante 2016

¿Qué son las políticas públicas? ¿Qué tienen que ver con la salud?

El sistema de salud argentino es complejo, muy fragmentado, repleto de inequidades y muy medicalizado. Todo esto puede hacer que, a veces, sea difícil entender cómo es que hay o dejan de existir algunos servicios en un efector de salud. Para intentar llevar a tierra las diferentes aristas que se discuten en esta sección, hicimos un pequeño ejercicio: tomamos una Unidad Sanitaria modelo¹, representativa de cientos en el país.

El sistema de salud -conformado por la unidad en estudio- realiza diversas estrategias para alcanzar el objetivo de salud para su población, y como parte de un sistema mayor. Todas ellas precisan la correcta ejecución y provisión de políticas públicas específicas que permiten darle profundidad y alcance a cada una de esas estrategias.

El vaciamiento, subejecución profunda o abandono de estas políticas sanitarias, no solo redundará en la pérdida efectiva de los recursos que proveen, sino en la implosión de todas y cada una de las estrategias que cualquier efector de salud comunitario lleva adelante.



→ **9.848**
provenientes de programas sanitarios nacionales



Dos modelos en pugna

La mercantilización de la salud emergió como una suerte de subproducto de la consolidación del neoliberalismo a escala internacional. Este hecho desalentó durante décadas el pleno desarrollo de una estrategia sanitaria alternativa; hoy, en el plano de un “nuevo orden multipolar”, se avizoran en el horizonte otras posibilidades para los pueblos.



El último cuarto del siglo XX fue una verdadera “era de extremos” para la salud internacional. La idea de salud como un bien social que debe ser distribuido equitativamente entre todos, independientemente de la capacidad de pago, y por ende financiado colectivamente, obtuvo un apoyo sustancial en una conferencia internacional de 1978, en Alma-Ata, Kazajstán. En ella, el modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) hizo hincapié en la necesidad de una estrategia integral que abordara no solo el acceso a los servicios sanitarios, sino también las causas sociales, económicas y políticas de la mala salud. Sin embargo, estos desarrollos pronto fueron eclipsados por la irrupción en la escena internacional de los gobiernos neoliberales de Margaret Thatcher y Ronald Reagan, en el Reino Unido y los Estados Unidos, respectivamente. El neoliberalismo se instaló como un tipo diferente de idealismo, concebido para producir una transformación

■ Por Emanuel Soriano

Estudió Medicina en la Universidad de Buenos Aires, en donde se desempeña como docente de la Cátedra de Microbiología II. Es magíster en Cooperación Internacional por la UNSAM, e investiga sobre el lugar que ocupa la salud en las relaciones internacionales y la política exterior de los países.

profunda del sentido común: la salud debía dejar de ser considerada un derecho universal para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir.

La contradicción principal entre ambos paradigmas se expresa en una disputa constante entre los intentos del capital financiero transnacional de transformar a la salud en un mercado global desregulado, y los procesos de construcción de equidad, justicia y soberanía sanitaria. Aparece, entonces, una tensión política intrínseca que no conoce fronteras territoriales, y que exige de nuestra parte trascender la dimensión local para elevar el análisis a la escala internacional.

La mercantilización de la salud según el paradigma neoliberal: capital financiero y complejo médico industrial estadounidense. La quintaesencia del pensamiento económico y social neoliberal consiste en postular la superioridad del sector privado sobre el público. Esta visión se extiende a todos los sectores de la sociedad, incluyendo los servicios e instituciones sanitarios, y ha sido promovida activamente por el capital financiero tanto a nivel nacional como a nivel internacional, contando para ello con el apoyo activo de organismos multilaterales de crédito como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo. Los programas de ajuste estructural (PAE) impuestos por estos organismos implicaron fuertes reducciones de los recursos públicos destinados a salud e investigación. Las políticas de privatización, desregulación y descentralización implementadas por los PAE, al amparo del Consenso de Washington, presentaban a la sanidad estadounidense, de propiedad y gestión primordialmente privada, como el modelo por excelencia de eficiencia y de eficacia.

La contradicción principal entre ambos paradigmas se expresa en una disputa constante entre los intentos del capital financiero transnacional de transformar a la salud en un mercado global desregulado, y los procesos de construcción de equidad, justicia y soberanía sanitaria.

Sobre esto último debe señalarse, en primer lugar, que EE.UU es el país que más gasta en sanidad en el mundo (un 17% del PBI). Distintos defensores del gerenciamiento privado de la salud argumentan que estos niveles de gasto se deben a que los estadounidenses utilizan el sector sanitario mucho más frecuentemente que la población de otros países.

Salud colectiva en Cuba y en Estados Unidos: algunos números

Por José Carlos Escudero*

Cuba es una anomalía en los países del mundo. La victoria de los revolucionarios encabezados por Fidel Castro sobre una dictadura militar apoyada y armada por Estados Unidos (en un momento en que estos estaban distraídos) permitió que se creara en América una sociedad declaradamente socialista, cuya legitimidad interna descansaba (y descansa hoy) en la doctrina del igualitarismo y la justicia social. Cuba era (y es) un mal ejemplo para un capitalismo financiero globalizado y, paradójicamente, y encima estaba ubicada a tan solo 150 kilómetros de las fronteras de su mayor gendarme mundial. Estados Unidos financió y organizó una infinidad de actos de sabotaje y desestabilización contra Cuba, más una invasión militar a toda escala que fracasó. A este fracaso siguió un bloqueo durante medio siglo que dura aún. Ante esta adversidad, los cubanos han desarrollado mucha creatividad, primero para sobrevivir, y luego para poner en práctica políticas que ofrezcan bienestar al conjunto de su población

Por una de esas casualidades de la historia, los sistemas de salud más opuestos del mundo resultaron ser estrechísimos vecinos: el de Estados Unidos con su salud neoliberal, donde la capacidad de pago es un elemento central en el acceso a los servicios de salud y con un Estado que no da servicios y regula muy poco, y el de Cuba con su Estado fuerte, con una salud desmercantilizada y donde se accede a la salud invocando su existencia como derecho humano.

Estados Unidos está gastando en salud, por habitante y por año, 9.000 dólares. Cuba gasta 600. Pero, ¿qué "compran" ambos países con este gasto?

La esperanza de vida al nacer es el más sintético resumen de la “fuerza” de la mortalidad en la salud colectiva. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el año 2015 la esperanza de vida al nacer era, para ambos sexos, de 79,3 años en EE.UU. y de 79,2 años para Cuba. Dos países de América tienen cifras superiores: Canadá (82,2 años) y Chile (80,5 años). Se observan cifras peores a estas en los restantes 28 países de América, entre ellos Argentina (76,3 años).

La tasa de mortalidad infantil compara entre países un momento de particular vulnerabilidad del “homo sapiens”, el que sigue al momento del nacimiento. En 2014, la mortalidad infantil de Cuba era de 4,63 por mil nacidos vivos, la más baja de América junto con la de Canadá (4,65). Estados Unidos presentaba una tasa más alta que la de Cuba (5,87), y por lo tanto menos favorable, mientras que los demás 39 países de América, entre ellos la Argentina (9,59), tenían resultados aún más pobres, según datos de la CIA World Factbook.

Ante estas cifras tan buenas para un país tan pobre como Cuba, sugiero que el ministro de Salud, Dr. Lemus, envíe a Cuba con máxima premura un equipo de funcionarios de su ministerio, para aprender qué hacen y cómo hacen los cubanos para tener tan buenos indicadores de su salud colectiva. Sus envidiables cifras deben hacernos pensar que todas las muertes que tenemos, superiores a las cubanas, deben catalogarse como “evitables”, y que pueden eventualmente generar para los funcionarios de salud responsables de prevención, la aplicación de sanciones legales.

*Es médico sanitarista, con un máster en Sociología. Es además Profesor Emérito y Consulto de la Universidad Nacional de Luján (UNLu) y Profesor Consulto de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

17%

es el porcentaje del PBI que Estados Unidos gasta en sanidad. El más alto del mundo.

5000%

es el aumento en el precio de la dosis de Pirimetamina. Pasó de costar US\$13.50 a venderse en US\$750.

Los datos demuestran, por el contrario, que comparado a países que poseen sistemas públicos de salud, EE.UU cuenta con el número más bajo de visitas al médico por habitante (solo 4 visitas por año versus 7,7 en Canadá, 6,7 en Francia o 12,9 en Japón) y el promedio más bajo de días que los enfermos pasan en el hospital (4,8 días en el hospital por enfermo, más bajo que en Australia con 5,7 días, Francia con 5,6 o Suecia con 8,6). Los estadounidenses utilizan menos sus sistemas de salud, y no más que aquellos países que tienen sistemas con financiación pública. Más importante aún, 29 millones de estadounidenses aún no cuentan con cobertura sanitaria, lo que representa casi un 10% de la población. Por último, paradójicamente, EE.UU es uno de los países que carga con mayores niveles de ineficiencia en la práctica asistencial: el 40% de histerectomías, el 48% de operaciones de cateterismo cardíaco y bypass, el 28% de angiografías y el 40% de angioplastias realizadas son innecesarias.

La causa fundamental del elevado gasto sanitario en EE.UU es la financiación, provisión y gestión privada de la sanidad, y una casi total mercantilización de la salud, conducida por el capital financiero y el denominado “complejo médico industrial”. Este último está constituido por un reducido número de empresas proveedoras de servicios y de aseguramiento privado, y por compañías productoras de bienes (farmacéutica, equipos e insumos). En la administración de empresas aseguradoras y de compañías farmacéuticas, el capital financiero obtie-



ne ganancias extraordinarias vía cartelización de la oferta y segmentación de mercados según nivel de ingreso, restringiendo el acceso a los servicios sanitarios a las personas de menos recursos.

Las aseguradoras de salud basan su negocio en apropiar riqueza de los trabajadores para realizar las ganancias de los inversores y a continuación invertir en áreas más “rentables”, como la especulación inmobiliaria y/o financiera. Para ello cuentan con estructuras administrativas enormes (mucho mayores que las atribuidas por el neoliberalismo al sector público), que se apropian de miles de millones de dólares vía comisiones, gastos de intermediación y distribución de dividendos. Estos capitales requieren eventualmente de nuevos países y sectores para continuar su ciclo de expansión. Tal fue el caso de América Latina durante la década del 90. Muchos países de nuestra región desregularon sus economías para facilitar la entrada de aseguradoras multinacionales en el sector salud. En Argentina, tras los procesos de reforma y reducción de la presencia del Estado, estas compañías operaron a través de la compra o asociación con empresas prepagas, y desde allí impulsaron la desregulación de las obras sociales.

Por último, merece una mención aparte otro actor fundamental del complejo médico industrial: la industria farmacéutica. A sus tradicionales y millonarios lobbies que buscan extender los monopolios de patente y pos-

poner la competencia de los genéricos, lo cual se traduce en precios más altos y por periodos de tiempo más prolongados, estas corporaciones hoy suman un nuevo fenómeno, ya analizado: el desembarco del capital financiero. Esto último no hizo más que habilitar nuevas maneras de inyectar volatilidad al precio de los medicamentos, y así obtener ganancias especulativas inverosímiles a expensas de sectores sociales por definición vulnerables. Uno de los casos más resonantes que da cuenta de esta práctica es el de Martin Shkreli, administrador de un fondo de inversión especulativo, devenido luego en CEO de una compañía farmacéutica. En 2015, Shkreli adquirió los derechos para la comercialización de Pirimetamina, un fármaco utilizado en el tratamiento de la Toxoplasmosis, una enfermedad severa que afecta fundamentalmente a quienes tienen sistemas inmunitarios debilitados, como personas trasplantadas o portadores de VIH/SIDA. Tras esa adquisición, la dosis de Pirimetamina pasó de costar US\$13,50 a venderse en US\$750, es decir, un 5000% más.

Una visión contrahegemónica: Nuevo Orden Multipolar, fortalecimiento de la Diplomacia Regional en Salud y construcción de Soberanía Sanitaria

Las políticas neoliberales iniciadas a principios de los 80 solo consiguieron reducir el acceso de los grupos sociales desfavorecidos a la salud, además de postergar por décadas el debate iniciado en Alma-Ata. En los últimos años,

sin embargo, puede advertirse un incipiente desafío a la hegemonía del modelo de sanidad estadounidense impulsado por el capital financiero transnacional.

Las aseguradoras de salud basan su negocio en apropiar riqueza de los trabajadores para realizar las ganancias de los inversores y a continuación invertir en áreas más “rentables”, como la especulación inmobiliaria y/o financiera.

A partir de la crisis financiera mundial de 2008, como de la creación del G-20, un bloque de países conformado por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica (BRICS) avanzó en una acción coordinada para aumentar su representación en los procesos de gobernanza global. Estas potencias emergentes, que en conjunto representan a la mitad de la población mundial y condensan un cuarto del PBI global, buscan que la interdependencia, la multipolaridad y la cooperación institucionalizada puedan generar excedentes económicos controlados nacionalmente, con eje en nuevas formas de integración y desarrollo, autónomas de los poderes que dominaron el mundo el siglo pasado. En materia de salud, puede decirse que los BRICS buscaron delinear una agenda “contrahegemónica”, basada en tres pilares. En primer lugar, un énfasis en el abordaje integral de las denominadas enfermedades no transmisibles (en oposición a la focalización exclusiva en enfermedades infecciosas). En segundo lugar, un firme apoyo a regímenes más progresivos de propiedad intelectual en materia de los medicamentos. En tercer lugar, un impulso a las acciones de cooperación sanitaria Sur-Sur.

En el plano regional, destaca el rol desempeñado por la Unión Naciones Sudamericanas (UNASUR). El bloque sudamericano adoptó un enfoque superador de la asistencia sanitaria transfronteriza, incorporando una perspectiva de derechos y de gobernanza. La UNASUR asumió el desafío político de diseñar estrategias regionales en pos de un mejor acceso a medicamentos mediante negociaciones internacionales en bloque, que permitieron hacer frente a los intentos de las corporaciones farmacéuticas de desangrar los sistemas de salud pública fijando precios inverosímiles y completamente divorciados de sus costos de producción. En este sentido, este espacio de integración puede convertirse en un sitio para la acción colectiva y defensa del derecho a la salud por medio de

opciones diplomáticas y estratégicas, que permitan a actores estatales y no estatales avanzar en pos de objetivos de justicia y equidad sanitaria.

Finalmente, la confluencia de gobiernos progresistas desalineados del Consenso de Washington que tuvo lugar en América Latina, supuso una redefinición del rol del Estado y de su función en la planificación central de políticas públicas de salud. El camino propuesto por algunos de estos gobiernos para desandar décadas de condicionamientos y transformaciones estructurales a la medida de las instituciones financieras internacionales fue el de la construcción de soberanía sanitaria, la cual implica que las políticas de salud sean definidas conforme a las necesidades y capacidades nacionales, y en beneficio de los pueblos.

La confluencia de gobiernos progresistas desalineados del Consenso de Washington que tuvo lugar en América Latina, supuso una redefinición del rol del Estado y de su función en la planificación central de políticas públicas de salud.

A modo de cierre

La mercantilización de la salud, entendida como epifenómeno de la globalización, representó un triunfo más de las fuerzas políticas que representan los intereses del capital financiero transnacional. Sin embargo, hechos recientes parecen comprobar que ningún proceso histórico es permanente sino contingente, incluyendo la globalización misma. La aparición de nuevos catalizadores a nivel nacional e internacional (el bloque BRICS, la UNASUR) ha dado lugar a nuevas oportunidades para redefinir objetivos de economía política regional y formas de acción colectiva. De allí, la posibilidad de lograr una modificación real sobre los determinantes de las inequidades sociosanitarias y la importancia de presentar una visión contrahegemónica del modelo de salud impuesto por el capital financiero y el complejo médico industrial estadounidense. Esta nueva visión, basada en la equidad, la justicia y la soberanía sanitaria, demanda la acción de múltiples actores, que logren colocar la balanza de las fuerzas políticas a favor de la vida, el bienestar y la salud para todos y todas.



SALUD y TRABAJO

Revisar con cuidado los datos duros del mundo del trabajo otorgan una clave imprescindible para profundizar el análisis frente a la avanzada del neoliberalismo. El estado de situación que revelan las estadísticas oficiales a diciembre de 2015 desnuda el discurso de los restauradores, al tiempo que pone sobre la mesa los temas pendientes: derogación de la ley de riesgos del trabajo, modificación de la ley de higiene y seguridad y estatización de las ART, entre otros.



Entre las tareas pendientes y la restauración neoliberal



En lo que transcurre del siglo XXI la Argentina transitó la crisis más profunda de su historia, generada por las políticas neoliberales de la década del 90. Luego, el país logró desarrollar un modelo de desarrollo democrático con inclusión social, a partir de promover el desarrollo industrial con sustitución de importaciones, el valor agregado a la producción primaria (fundamentalmente agrícola) y a un proceso de integración latinoamericana, que significó una disminución sustantiva de la desocupación, la precarización laboral y la pobreza. Sin embargo, a partir del 10 de diciembre del 2015 se ha iniciado un acelerado proceso de restauración neoliberal.

Los mecanismos de la restauración neoliberal

La devaluación, el pago a los fondos buitres, la eliminación de las retenciones a las mineras y agroexportadoras llevaron a un shock inflacionario. Simultáneamente, despidos y tarifazos, el ataque al salario y las jubilaciones y las modificaciones impositivas regresivas, llevaron rápidamente a una transferencia muy grande de recursos de la mayoría de la población, en particular de los trabajadores, al sector financiero y a las grandes corporaciones del capital concentrado.

En el tercer trimestre del 2016, el 20 por ciento más rico acumuló el 48,4 por ciento de los ingresos de la economía y el 20 por ciento más pobre se quedó con el 4,3 por ciento.

Para el bloque de poder hegemónico, que está representado en el gobierno del macrismo-radicalismo, la reforma laboral, la previsional y el ajuste en el gasto público, son los mecanismos que le garantizan cumplir sus objetivos, acentuar la distribución regresiva del ingreso y restaurar en todos los órdenes de la vida el sistema neoliberal.

La restauración neoliberal no se limita solo al plano económico, incluye los aspectos ideológico y culturales. En ese sentido es útil recordar lo que señalaba Ricardo Foster: “En nuestra geografía sureña eso lo podemos comprobar al experimentar la diferencia que existe entre la publicidad de una “revolución de la alegría” propuesta por el gobierno de Macri y la despiadada implementación de un programa de transferencia de recursos desde los sectores populares y asalariados a las grandes corporaciones financieras, a los dueños de la soja y a las empresas multinacionales. En todo caso, entre la ficción propagandística y la realidad de un aceleramiento de la desigualdad se ha colado una nueva y pujante maquinaria de producción intensiva de subjetividades sujetadas al engranaje del consumo infinito que encuentra su otro rostro en las nuevas formas de exclusión.”²

Es esa maquinaria de producción de subjetividad, que actúa fundamentalmente desde los medios de comunicación y a través de un discurso que tiende a desvirtuar la realidad y cambiar el sentido de los hechos, se instala

■ Por Jorge Kohe.

Es investigador del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, Director de la Carrera de Especialización en Medicina del Trabajo y Secretario de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Médicas y Profesor Adjunto en la Facultad de Psicología de esa misma de casa de altos estudios.

como inevitable la necesidad de introducir las reformas en el mundo laboral que eliminen, como en el pasado, las conquistas y derechos de los trabajadores. En ese escenario la reforma a la Ley de Riesgos del Trabajo, la flexibilización laboral y los despidos ocupan un lugar central en la restauración neoliberal.

El período de gobierno que va del 25 de mayo del 2003 a noviembre del 2015 dejó un país desendeudado, con bajo desempleo, un generoso mercado interno y un amplio sector de pequeñas y medianas empresas que emplea mano de obra intensiva.

Los gobiernos de Néstor y Cristina Kirchner en materia de salud de los trabajadores

Un balance de los gobiernos de Néstor y Cristina excede el alcance de este artículo. A modo de síntesis digamos que en este período se logró resolver una parte importante de los graves problemas derivados de la crisis del 2001.

El período de gobierno que va del 25 de mayo del 2003 a noviembre del 2015 dejó un país desendeudado, con bajo desempleo, un generoso mercado interno, un amplio sector de pequeñas y medianas empresas que emplea mano de obra intensiva, un consumo importante; un país que fortaleció la integración regional, con acuerdos con los grandes países emergentes, que estableció nuevos derechos y reivindicó como ninguno antes los derechos humanos.

En relación específicamente a la salud de los trabajadores, una síntesis de los resultados podemos resumirlo de la siguiente manera:

1- Duplicación de trabajadores incluidos en el Sistema de Riesgos del Trabajo pasando de 4,5 millones en el año 2003 a 9.836.004 en noviembre del 2015. Además, una im-

portante disminución del trabajo no registrado, a pesar de mantenerse alto aún los índices de informalidad.

2.- Disminución de los accidentes de trabajo y los accidentes mortales. Incremento de los accidentes In Itinere.

El último informe Anual Estadístico, publicado por la Superintendencia Riesgos del Trabajo (SRT) del año 2015, muestra que se mantuvo esta tendencia a pesar de que, como parte del apagón informativo que fomenta la gestión actual, los datos se presentan en otro formato dificultando las comparaciones.

3.- A pesar de la disminución de los accidentes de trabajo, se incrementan los días de baja por accidentes de trabajo.

4.- Incremento del costo del seguro de riesgos del trabajo representando casi el 10% de la masa salarial total de los trabajadores cubiertos en el sistema. Sobre una recaudación anual de 54 mil millones de pesos anuales la ganancia es aproximadamente del 20% por parte de las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo Privadas.

5.- El 69,6 % de las enfermedades ocupacionales se diagnostican y tratan fuera del Sistema de Riesgos del Trabajo, fundamentalmente en las Obras Sociales Sindicales y el Sistema Público de Salud.

6.- Desde el comienzo del siglo hasta la fecha no se modifica sustancialmente el índice de enfermedades ocupacionales o profesionales reconocidos por el sistema, variando de 1,2 a 1,47% sobre el total de los eventos denunciados entre el 2006 y el 2015, constituyendo lo que hemos denominado el ocultamiento jurídico - epidemiológico de la enfermedad profesional en la Argentina.

El mecanismo por el cual siempre se reconoce el mismo índice de enfermedades profesionales está en las limitaciones que imponen el listado de enfermedades profesionales, el manual de procedimiento para reconocerlas de acuerdo a los Decretos 658 y 659 del año 1996, vigentes hasta la fecha de hoy, y los rechazos que realizan las ART y las Comisiones Médicas dependientes de la SRT.

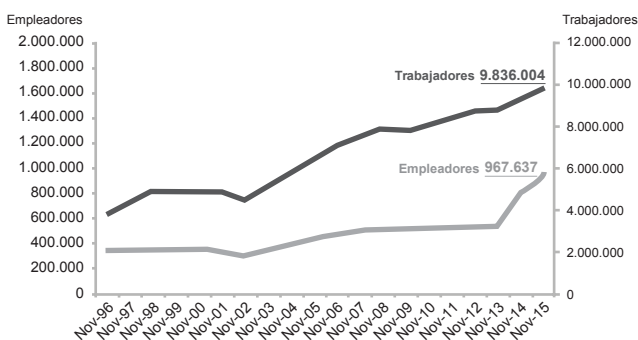
Un logro importante, a pesar de las limitaciones señaladas, es el reconocimiento, a partir de octubre de 2012, de las hernias, las várices y las lumbalgias como enfermedades profesionales, una reivindicación histórica en materia de defender la salud de los trabajadores.

7.- La salud de los trabajadores en el marco del Sistema de Seguridad Social en la Argentina se encuentra fragmentada y disociada en dos espacios institucionales distintos, lo cual dificulta políticas integrales en materia de salud, tanto en la prevención, como la atención y promoción para los trabajadores.

a.- En la órbita del Ministerio de Salud de la Nación y a través de la Superintendencia de Servicios de Salud se

EMPLEADORES ASEGURADOS Y TRABAJADORES CUBIERTOS

Noviembre 1996 - Noviembre 2015

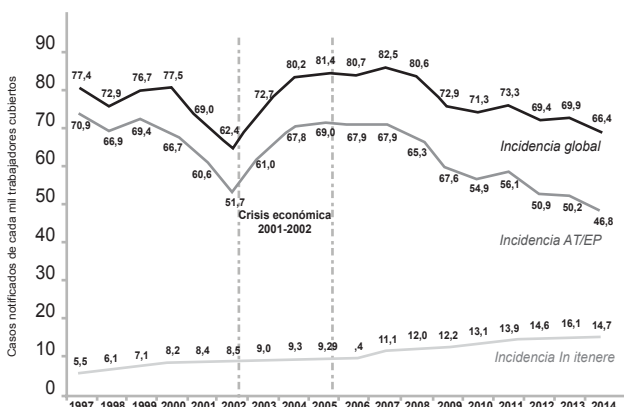


FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Anuario Estadístico 2015.

EVOLUCIÓN DE LOS ÍNDICES DE INCIDENCIA GLOBAL, AT/EP, In itinere

Período 1997-2014



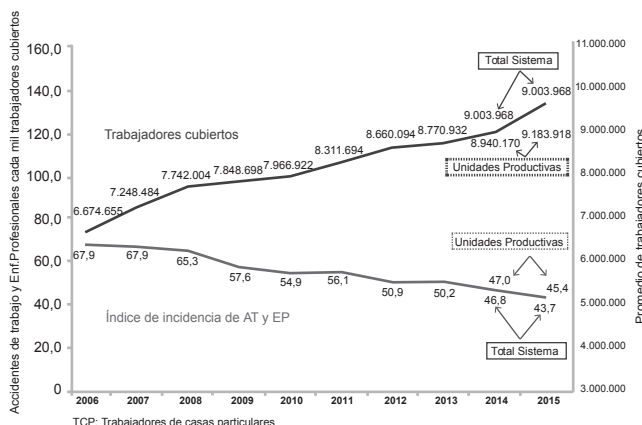
FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Anuario Estadístico 2014. Página 12

TRABAJADORES CUBIERTOS E ÍNDICE DE INCIDENTES AT y EP

Unidades productivas y total del sistema (incluye TCP)

Período 2006-2015



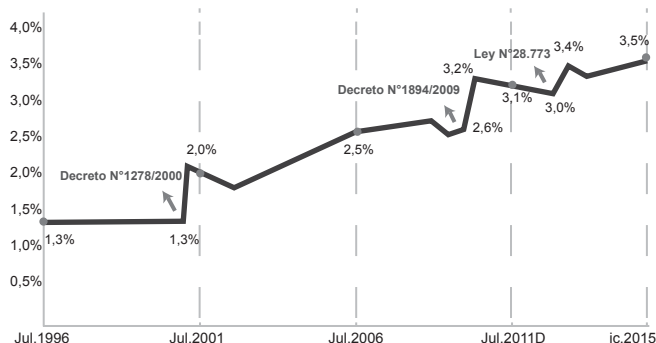
FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Anuario Estadístico 2015, página 45. Publicado en septiembre de 2016.



COSTO DEL SISTEMA ALÍCUOTA PROMEDIO COMO % DE LA MASA SALARIAL

Período julio 1996- diciembre 2015



FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo. Libro 20 años de la SRT. 2016. Página 118.

ENFERMEDADES PROFESIONALES SEGÚN TIPO DE EXAMEN DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

Unidades productivas

Año 2015

| Tipo de examen diagnóstico | Frecuencia | Porcentaje |
|--|---------------|----------------|
| Consulta en obra social | 6.044 | 30,8% |
| Consulta en hospital público | 5.419 | 27,6% |
| Prestador de ART | 4.272 | 21,8% |
| Consulta en sanatorio, clínica o consultorio privado | 1.619 | 8,2% |
| Examen periódico | 1.115 | 5,7% |
| Consulta en ámbito público no hospitalario(CAP,etc.) | 592 | 3,0% |
| Por peritaje judicial | 478 | 2,4% |
| Comisión médica | 46 | 0,2% |
| Examen por ausencia prolongada | 18 | 0,1% |
| Examen preocupacional | 14 | 0,1% |
| Examen por transferencia de actividad (del trabajador) | 4 | 0,0% |
| Examen de egreso | 4 | 0,0% |
| Sin datos | 3 | 0,0% |
| Total | 19.628 | 100,00% |

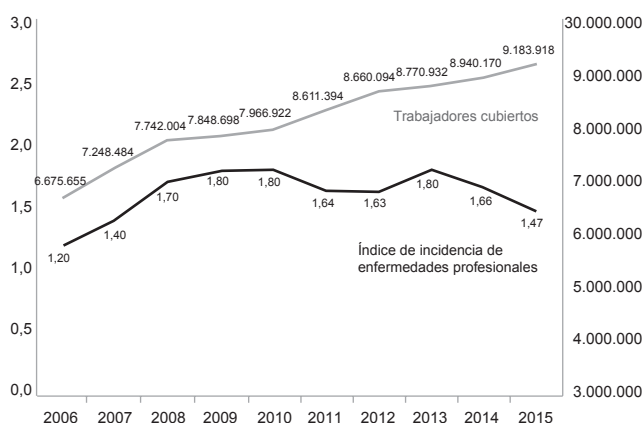
FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Informe Anual 2015, Página 18.

TRABAJADORES CUBIERTOS E ÍNDICE DE INCIDENTES DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

Unidades productivas

Período 2006-2015



FUENTE

Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Informe Anual 2015, Página 20.

regula y fiscaliza el funcionamiento de más de 300 obras sociales sindicales que dan cobertura a la enfermedad y la asistencia médico-sanitaria a más de 19 millones de trabajadores y sus respectivas familias.

b.- La defensa del empleo, la regulación de las relaciones laborales, el Sistema jubilatorio y el Sistema de Riesgos del Trabajo están en la órbita del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación.

8.- El cuerpo legal vigente lo constituyen: la Ley de Higiene y Seguridad N° 19587/79 y los decretos reglamentarios N° 315 /76 y N° 1338/96 , la Ley Riesgos del Trabajo N° 24557/76 y sus numerosos decretos y resoluciones junto con la Ley N° 26.773 denominada Régimen de Ordenamiento de la Reparación de los Daños Derivados de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, sancionada en octubre del 2012 y el Decreto N° 1720/2012 que ordena la Constitución de Entidades Aseguradoras de Riesgos del Trabajo Sin Fines de Lucro, "Art-mutual". Estas normas son las principales normas vinculadas a la salud y seguridad en el trabajo.

Esta legislación ha configurado un sistema cuyas características principales son:

- Tiene carácter de obligatorio para todo empleador, está desvinculado del resto de la seguridad social, es privado y se desenvuelve en el sector financiero con el objetivo final del lucro para las compañías de seguros.
- Es un sistema caro, ineficiente, que no previene lo suficiente los accidentes de trabajo, desconoce las enfermedades profesionales y descarga el peso del diagnóstico y la atención de estas últimas en el sector público y las obras sociales sindicales.
- Es fuente de alta conflictividad y no logró detener ni reducir la litigiosidad en relación a los infortunios de los trabajadores y su justa reparación, dado el altísimo nivel de incumplimientos de las ART y los empleadores.
- El mercado de las ART es un mercado concentrado que obtuvo para los años 2013 y 2014 una tasa de ganancia del 19,47% anual a partir del manejo financiero, sobre el volumen total de lo recaudado.

Lamentablemente durante los años de Gobierno Democrático Popular, ya sea por compromisos asumidos o por una débil política en el marco de las alianzas en particular con la UIA (Unión Industrial Argentina), no se logró derogar la Ley de Riesgos del Trabajo, modificar la Ley de Higiene y Seguridad sancionada durante la última dictadura, ni estatizar las ART como se hizo con las AFJP. Esto permitió a las compañías de seguros acumular una ganancia fenomenal durante el período y mantener una cuota de poder a través de la Unión de Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (UART), la cual hoy sin mayores inconvenientes puede manejar, como en la década de los 90, la totalidad del sistema.



El renovado impulso que desde el gobierno nacional se inyecta a la discusión sobre la reforma en la regulación de las ARTs alumbra aristas complejas de un debate aún más amplio. La manipulación de la información, el uso de apelativos estigmatizantes dirigidos a la figura del trabajador y el desplazamiento discursivo de la responsabilidad del empleador constituyen componentes repetidos en el derrotero hacia la flexibilización laboral.

ART: el debate actual

■ Jorge Kohen

Hoy en el nuevo gobierno de Cambiemos, las ART (Aseguradoras de Riesgos de Trabajo) y la UIA han instalado como prioritario discutir tres cuestiones: la litigiosidad laboral, el ausentismo y las adicciones en el ámbito laboral, recreando, desde los medios de comunicación en particular, un contexto catástrofe sobre la denominada “industria del juicio”, como lo hicieron en la década de los 90 con los anteriores gobiernos neoliberales y ocultando que las causas de estos tres fenómenos están en las condiciones de trabajo que las generan y el incumplimiento por parte de ellos mismos con las normas legales vigentes.

Pretenden instalar en la opinión pública y naturalizar como verdades estas tres cuestiones cuando los datos demuestran que no son éstos los problemas principales en relación a la salud y seguridad de los trabajadores.

Los datos oficiales, provenientes de la Encuesta de Indicadores Laborales que elabora el Ministerio de Trabajo, muestran que las ausencias laborales por razones imputables a los trabajadores afectaron diariamente, entre los años 2013 y 2015, al 0,66% del total de empleados. Ello implica que se ausentó diariamente, sin causal que lo justifique, uno de cada 151 trabajadores.

Los principales motivos de las ausencias laborales son las enfermedades y los accidentes (muchos de ellos originados o agravados por las condiciones en las que se realizan las tareas), que explican el 68% de las inasistencias totales.

Otra proporción de las ausencias laborales se explica por la utilización de licencias reconocidas en la legislación laboral o en los convenios colectivos de trabajo. Entre ellas se encuentran la licencia por maternidad, por estudios, por motivos gremiales o por otras cuestiones tales como nacimiento, matrimonio o fallecimiento.

Las ausencias laborales impactan diferencialmente entre varones y mujeres. De acuerdo a la información oficial disponible casi el 24% de las ausencias de mujeres se explica por razones de maternidad, mientras que los varones presentan niveles mucho más elevados de faltas sin aviso y por accidentes.

Los convenios colectivos de trabajo suelen extender el tiempo de las licencias reguladas en la ley de contrato de trabajo y en ocasiones pueden incorporar nuevos períodos. El renovado debate sobre el “ausentismo laboral” no es más que un intento discursivo para legitimar el



avance sobre los derechos de los trabajadores a partir de la promoción de una mayor flexibilidad laboral, tanto en el plano legislativo como en la negociación de los convenios colectivos de trabajo³.

En relación al tema de las adicciones, que se levanta como estandarte de aplicar controles represivos, en ningún momento ni la UIA ni la UART hablan de las condiciones de trabajo, en particular de los ritmos y las exigencias laborales que llevan a los trabajadores a buscar recursos que logren sostenerlos en el puesto de trabajo cuando sus capacidades físico-psicológicas son superadas durante las jornadas de trabajo.

Un ejemplo demostrativo es lo que sucede con los trabajadores del transporte tanto de carga y, en menor medida, el de pasajeros. Este sector es uno de los que tiene un alto índice de accidentabilidad y mortalidad en el trabajo y estos datos, junto al hecho llamativo de que la Agencia Nacional de Control Vial encontrara una inusitada cantidad de botellas con orina humana en la ruta Nacional N° 3 en dirección al puerto de Buenos Aires, hizo que desde la Gerencia de Prevención de la SRT en el año 2013 se haya decidido realizar una investigación sobre el tema.

En la investigación realizada por la SRT, que lleva el título “Fatiga en Conductores de Transporte Automotor de Cargas Generales por Carretera”, se puede ver que los resultados de la prueba piloto en 2013 y el estudio realizado en el año 2014 demuestran que el proceso de trabajo de los conductores de transportes de cargas por carretera en

Argentina impacta en el proceso salud-enfermedad de forma negativa produciendo fatiga física y mental con las consecuencias que derivan de ésta. También se asoció a las manifestaciones tempranas de alteraciones a la salud, el uso de medicación antihipertensiva, hipoglucemiantes, hipolipemiantes, entre otras.

Entre un 33% (2013) y un 31% (2014) de los choferes evaluados podrían verse expuestos a un accidente, debido a que han demostrado fallas en los factores predisponentes. Los desvíos en los test Reacción Simple (Fatiga), Percepción, Toma de Decisiones y Coordinación Motriz de los conductores son factores predisponentes a accidentes.

A la vez, estos resultados permiten pensar a la fatiga como factor predisponente a los accidentes, en coincidencia con los estudios desarrollados en España sobre la salud laboral en el sector en carretera de Pinilla Garcia, F. J; Bordas Martínez, J; Gete Castrillo, P; Nova Melle, P; Sanz González, J (La salud laboral en el sector del transporte por carretera, 2001).

Este ejemplo demuestra que no analizar las causas y las exigencias laborales que la determinan es un instrumento de culpabilización de los trabajadores.

En cuanto a la magnitud del tema litigiosidad en materia de accidentes y enfermedades laborales, que ha servido de excusa para una nueva reforma regresiva del sistema de riesgos del trabajo, que ya tiene media sanción del Se-



nado y que durante el 2017 será tratada y seguramente sancionada en la Cámara de Diputados de la Nación, los datos demuestran que no tiene la significación que se le asigna y por supuesto que no es lo central de la problemática.

Al exponer solo los datos de la cantidad de juicios y su incremento anual, una vez más, se realiza una operación mediática-institucional en la construcción de sentido común y opinión para justificar menos derechos para los trabajadores.

Cuando comparamos la cantidad de siniestros denunciados, accidentes y enfermedades del trabajo en el Sistema Riesgos del Trabajo durante el año 2015(659.041) con la cantidad de juicios durante el mismo período (106.021), vemos que solo el 16,08% de los trabajadores que se accidenta inicia un juicio.

Si, además, lo comparamos con los 9.873.004 trabajadores afiliados al sistema, vemos que 99,13% de los trabajadores afiliados al sistema no le hacen juicio a las ART. En la provincia de Buenos Aires durante el 2015 el índice de judicialización del sistema en relación a la cantidad de afiliados fue del 0,53%.

Lo que no dicen las ART y sus mentores del Gobierno es que con el aumento de la tasa de interés y la diferencia entre el Valor de la Indemnización Tarifada y el tiempo que demora un juicio, las ART hacen el negocio. Impulsan el acuerdo subvalorando lo que tienen que pagar por el sistema y van a homologar acuerdos en la justicia laboral siempre en perjuicio del trabajador.

La causa principal de la litigiosidad está en el incumplimiento Patronal-ART de las condiciones y medioambiente de trabajo saludables, de acuerdo con los parámetros de la legislación vigente, y en el ocultamiento jurídico-epidemiológico de las enfermedades del trabajo, producto del elevado rechazo en las Comisiones Médicas de la SRT a las presentaciones de denuncias por enfermedades laborales y profesionales.

Impactos de la restauración neoliberal en la salud

En la Argentina, a comienzo del año 2016, la restauración neoliberal se ha cobrado, a través de los despidos, la vida de tres trabajadores. Fueron las primeras víctimas del estrés laboral que genera el “ajuste”, la inestabilidad laboral, la precarización, la violencia en el trabajo y la desocupación.

En el Informe Anual de la OIT elaborado para celebrar el Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo del 2016, que lleva por título “El Estrés en el Trabajo Un reto colectivo” se sostiene:
“Hoy en día, los trabajadores de todo el mundo hacen

frente a importantes cambios en la organización del trabajo y las relaciones laborales; sufren una mayor presión para satisfacer las exigencias de la vida laboral moderna. El ritmo de trabajo marcado por las comunicaciones instantáneas y los altos niveles de competitividad mundial hace que la línea de separación entre la vida laboral y la personal sea cada vez más difícil de identificar.

Los factores de riesgo psicosocial tales como la mayor competencia, las elevadas expectativas de rendimiento y jornadas de trabajo más largas contribuyen a un medio ambiente de trabajo cada vez más estresante. Además, como consecuencia de la actual recesión económica que está provocando un proceso de cambio organizativo y restructuración cada vez más vertiginoso, los trabajadores están experimentando más precariedad, reducidas oportunidades de empleo, el temor a perder sus trabajos, despidos masivos, desempleo y una menor estabilidad financiera, con consecuencias dañinas para su salud mental y bienestar.

El renovado debate sobre el “ausentismo laboral” no es más que un intento discursivo para legitimar el avance sobre los derechos de los trabajadores.

El estrés relacionado con el trabajo está reconocido en la actualidad como un problema global que afecta a todas las profesiones y los trabajadores tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados. En este complejo contexto, el lugar de trabajo constituye al mismo tiempo una importante fuente de factores de riesgo psicosocial y el escenario ideal para abordarlos con el objeto de proteger la salud y bienestar de los trabajadores a través de medidas colectivas.

Constituye un principio universal el que todas las personas tienen derecho a las mejores condiciones de salud posibles. Sin salud en el trabajo una persona no puede contribuir a la sociedad y alcanzar el bienestar. Si la salud en el trabajo está amenazada, no existen las bases para lograr el empleo productivo y el desarrollo socioeconómico.

La carga que suponen las enfermedades mentales resulta de gran relevancia para el mundo del trabajo. Tiene un importante impacto en el bienestar de las personas, reduce las expectativas de empleo y salarios, los ingresos familiares y la producción de las empresas, y causa elevados costes directos e indirectos para la economía⁴.”

Mientras la OIT desde hace años pone en el centro de su preocupación en relación a la salud de los trabajadores



las enfermedades y padecimientos asociados a los denominados riesgos psicosociales, en la Argentina esta problemática permanece oculta. Los riesgos psicosociales no figuran entre los riesgos reconocidos y el estrés y las patologías mentales aún no son consideradas en el listado de enfermedades profesionales.

A nivel latinoamericano es necesario reactivar la Escuela Continental de Salud de los Trabajadores, impulsada desde ALAMES.

Dulce Suaya señala que ajuste, ataque al salario, flexibilización laboral, despidos sector público y privado son fuentes de baja de autoestima y sufrimiento psíquico. El término “despido” lleva implícito nominaciones degradantes reproducidas por medios masivos y discursos oficiales (ejemplo: “ñoqui”, “inútil”, “grasa militante”, “vago”) y produce como efecto exposición a la repulsa pública, estigmatización personal y moral, baja autoestima y sufrimiento psíquico⁵.

En esta misma sección compartimos un estudio “Despidos Masivos en Argentina: Caracterización de la Situación y Análisis del Impacto Sobre la Salud Física y Mental (2015-2016)”⁶ que da cuenta detallada de la magnitud del daño a los trabajadores que implica la desocupación que genera la restauración neoliberal.

¿Qué está en debate hoy?

- Cómo superar la dicotomía que existe entre la salud-enfermedad, atención de las denominadas enfermedades comunes o inculpables con las denominadas enfermedades laborales y los accidentes de trabajo. Desplazar el eje de los “riesgos” para ubicarlos en la salud.
- De qué manera las políticas preventivas y promotoras de la salud son el centro de la preocupación del Sistema de Riesgos del Trabajo junto con una justa y oportuna asistencia, rehabilitación y reparación de los daños ocasionados a los trabajadores por los accidentes y enfermedades laborales.
- Cuáles son los tiempos y los pasos necesarios para que el Sistema de Riesgos del Trabajo deje de estar en el campo de lo privado, el lucro y la rentabilidad y se incorpore a los más amplios objetivos de la Seguridad Social, la salud y el bienestar de los trabajadores.

Un aspecto central de las políticas preventivas y del desocultamiento de la enfermedad profesional está en la participación y el rol activo de los trabajadores, sus orga-

nizaciones, en la asunción de un papel protagónico en la lucha por cambiar un Sistema de Riesgos del Trabajo que está inspirado en las políticas neoliberales de los 90 y se ha mantenido hasta hoy en la Argentina, a pesar de los avances en las políticas democratizadoras de la sociedad y las acciones del Estado por garantizar el empleo, trabajo decente y una más justa distribución de la riqueza del período 2003-2015.

Ése fue el sentido de la propuesta de los Programas Nacionales de Prevención por Rama de Actividad concretado en la resolución 770/2013 que impulsamos durante nuestro breve paso por la Gerencia de Prevención de la SRT.

Otro aspecto importante es el desarrollo de herramientas que les permitan a los trabajadores pasar del conocimiento empírico por la experiencia a la producción de conocimiento nuevo de carácter científico. Estas herramientas permiten generar además autonomía en cuanto al análisis de las condiciones de trabajo, condiciones de vida y de salud.

En la página web de la Carrera de Especialización en Medicina del Trabajo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario (www.medicinaytrabajo.com.ar) o en los programas Ziper y SAMAT, que le facilitamos a la SRT, se encuentran algunas de estas herramientas que hemos desarrollado en la última década, que van en la dirección de generar sujetos colectivos autónomos, que tengan poder para intervenir de manera cada vez más decisiva en la dirección de la producción y la construcción de una sociedad más justa.

A nivel latinoamericano es necesario reactivar la Escuela Continental de Salud de los Trabajadores que decidimos constituir en el 2008 desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

La idea de Escuela Continental en Salud de los Trabajadores nos remite a dos acepciones de la palabra escuela. Una es la del desarrollo de un paradigma o una concepción teórica sobre la relación proceso de producción y salud. Otra es la transmisión del paradigma a través de determinadas estrategias pedagógicas con el objetivo de difundir y formar tanto dirigentes sindicales como docentes y profesionales en las categorías y metodologías del paradigma.

Los que nos interesamos por articular estas herramientas y producir claves para pensar la prevención ante las nuevas realidades en el mundo del trabajo y en el de la salud de los trabajadores, tenemos el deber ético de transferir las producciones científicas a quienes son sus protagonistas: los trabajadores. Esta sería una manera para que la investigación y las Universidades cumplan con su función social.



ENTREVISTA A LILIAN CAPONE

“Construimos un espacio colectivo intersindical”

Con el Seminario Internacional de Salud, Trabajo y Participación de los Trabajadores, nace un armado intersindical dentro del campo de la salud. La epidemiología laboral, en rol del Estado en la salud de los trabajadores y la ergonomía participativa son algunos de los temas que surgieron de los primeros debates. Capacitación, investigación y construcción de una nueva ley para la prevención de riesgos laborales son parte de las tareas que se proyectan a futuro.

¿Qué es y cómo surge el Seminario Internacional Salud, Trabajo y Participación de los Trabajadores?

El grupo de trabajo SEMINARIO surge de la convocatoria que realiza la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), más precisamente la Secretaría de Salud Laboral, en junio del año pasado. La idea fue construir un espacio colectivo intersindical para organizar un evento inédito en Argentina: el Seminario Internacional Salud Trabajo y Participación de los Trabajadores, un evento organizado por y para trabajadores.

Fue así que participaron diversas organizaciones, no solo de la CTA, sino de la CGT y la Corriente Federal, como APA, ATE (Capital y, Santa Fe), CONADU, CTERA, FEDERACIÓN GRÁFICA BONAERENSE, FLATEC, FESTIYQYPR, FETIA, FOETRA, el Observatorio de Salud de los Trabajadores de Rosario, el sindicato de Cuero, el sindicato de Curtidores, SITUBA, SUBTE-AGTMYP, SU-TEBA, TEL, UTE Y UTEPLA. Además estuvieron presentes compañeros académicos y sindicales de España, Colombia, Bélgica, Nicaragua, Perú, Venezuela y Uruguay.

¿Cuáles fueron las temáticas abordadas en el Seminario que lo diferenció de otros encuentros y jornadas similares?

Lo inédito fue la convocatoria desde un espacio intersindical que privilegió la unidad de los trabajadores entendiendo que la temática de salud laboral y condiciones de trabajo fue y es un tema convocante. Además, con una modalidad de conferencias y talleres se abor-

■ Lilian Capone

Es neumóloga y especialista en Salud Ocupacional. Trabaja como asesora de la Federación Sindicatos Químicos y Petroquímicos de la República Argentina y ocupa el cargo de Secretaria Salud Laboral CTA PBA. También ejerce la presidencia de la Comisión Mixta Provincial Salud y Seguridad en Empleo Público Buenos Aires.

daron temas como: Ausentismo laboral, Epidemiología laboral, Mapa de Riesgos, Ergonomía Participativa, Riesgo Químico, Rol de la Universidad y salud de los trabajadores, Rol del estado, Ley de prevención de riesgos, entre otros.

¿Cuáles fueron las principales conclusiones del Seminario?

Las conclusiones del Seminario tuvieron tres líneas transversales. En primer lugar que sin participación de los trabajadores no hay prevención de riesgos laborales. En segundo lugar, que se debe cambiar el paradigma de la Ley de Riesgos de Trabajo por una normativa que plantee la Ley de Prevención de Riesgos con promoción de la salud y participación de los trabajadores. Por último, que es necesario que el tema de la salud de los trabajadores pase al ámbito del Ministerio de Salud.



Fotografía: Prensa CTA

HITO. *Lilian Capone durante el Seminario Internacional de septiembre 2015, clave en la construcción de salud de los trabajadores*

¿Qué es la Red Universitaria Iberoamericana de Investigación y Promoción de la Salud y Seguridad Laboral?

Es una red iberoamericana de Investigación y promoción de la salud ocupacional. Fue creada hace 4 años en España para construir conocimiento al servicio de la salud de los trabajadores que mejore sus condiciones de trabajo. La integran académicos comprometidos sindicalmente con el tema de salud laboral de Perú, Colombia, Nicaragua, Uruguay, Venezuela, España, Bélgica y Argentina.

“Lo inédito fue la convocatoria desde un espacio intersindical que privilegió la unidad de los trabajadores.”

El Colectivo Seminario Internacional Salud, Trabajo y Participación Trabajadores participó en el III Encuentro Nacional de Salud el pasado 3 de diciembre del 2016 con un taller propio en donde abordó por primera vez

en un espacio de este tipo el debate sobre la salud de los trabajadores ¿Qué valoración hace de la participación del Colectivo?

El saldo fue altamente positivo. No quedaron dudas que la salud de los trabajadores debía estar en la agenda del III Encuentro Nacional de Salud Pública. Tuvimos una masiva asistencia de trabajadores de los sindicatos participantes del seminario y se trabajó sobre las líneas básicas para defender el derecho de tener un trabajo digno y seguro: participación de los trabajadores, legislación preventiva e inclusión del tema en agenda de salud pública.

¿Qué tareas tiene planificada el Colectivo para el 2017?

Vamos a continuar con líneas de capacitación, investigación y construcción de una nueva ley que refleje la participación de los trabajadores en la prevención de riesgos laborales. Nuestro objetivo es fundamentalmente sostener un espacio intersindical que genere la correlación de fuerzas necesaria para mejorar las condiciones de trabajo, que en definitiva es defender una mejor calidad de vida.



Fotografía: Estanislao Santos

RESUMEN EJECUTIVO

Despidos masivos en Argentina: caracterización de la situación y análisis del impacto sobre la salud física y mental (2015-2016)

■ WLOSKO, ROS, PANIGO, LETCHER, STRADA, NEFFA y RIVERO



Desde diciembre de 2015 a la fecha, las políticas implementadas en Argentina han generado más de 190.000 despidos y cerca de 40.000 suspensiones, lo que constituye el mayor y más intenso deterioro de las condiciones de trabajo desde la crisis de la Convertibilidad, y el primer evento de esta naturaleza que se verifica en nuestro país en ausencia de crisis o golpes de Estado.

Esta dinámica, que se describe con más detalle a continuación, no solo genera los anticipados efectos en materia de desocupación, pobreza y desigualdad, sino que también (y en forma concomitante) impacta sobre la salud de la población en su conjunto.

En el presente estudio, introducimos el primer análisis (con datos primarios originales, recabados a partir de una encuesta a despedidos entre septiembre de 2015 y junio de 2016) acerca de los efectos de la reciente destrucción masiva de puestos de trabajo en Argentina, sobre la salud física y mental de diversos sub-grupos poblacionales afectados.

Entre los resultados más impactantes se destaca que se triplicaron los problemas de salud mental y hubo un deterioro del 20,5% en el indicador de salud física. Entre los principales damnificados al interior de los trabajadores despedidos se encuentran las mujeres, de mediana edad, con elevado nivel educativo, jefas de hogares monoparentales y a cargo de familias.

Desde fines de 2015 a noviembre de 2016, más de 230.000 trabajadores perdieron su empleo o fueron suspendidos en Argentina, generándose un intenso proceso recesivo y regresivo solo comparable a lo acontecido en 1976 (en términos distributivos) y a lo observado entre 1998 y 2002 (en materia de destrucción masiva de puestos de trabajo).

La magnitud de los despidos

La situación del mercado de trabajo en Argentina ha evidenciado un cambio de tendencia en 2016, con una sostenida destrucción de puestos de trabajo y expulsión de trabajadores. Para la presente investigación, se efectuó un seguimiento en materia laboral que consistió en

la realización de un amplio y exhaustivo relevamiento de despidos y suspensiones mensuales, basado en una diversidad de fuentes tanto cualitativas como cuantitativas.

Se contabilizaron los despidos y suspensiones a través de denuncias efectuadas por sindicatos y colectivos de trabajadores, información publicada en los medios de comunicación (no solo nacionales, sino fundamentalmente provinciales, regionales y municipales) y se utilizó información recogida a través de fuentes primarias, con consultas directas a dirigentes y representantes sindicales de cada rama de actividad.

La cantidad de despidos y suspensiones acumulados entre diciembre 2015 y el 30 de noviembre de 2016, asciende a 232.286 casos.

El total de despidos acumulados en 12 meses (diciembre 2015 - noviembre 2016) asciende a 192.917 trabajadores (lo que equivale al 83,05%) mientras que el total de suspensiones es de 39.369 (16,95%). Al analizar la composición interna de cada segmento, el 57,09% de los despidos corresponden al ámbito privado, y el 42,90% al ámbito público.

Si se efectúa una desagregación más específica, se observa que el total de despidos acumulados en 12 meses (diciembre 2015 -noviembre 2016) asciende a 192.917 trabajadores (lo que equivale al 83,05%) mientras que el total de suspensiones es de 39.369 (16,95%). Al analizar la composición interna de cada segmento, el 57,09% de los despidos corresponden al ámbito privado, y el 42,90% al ámbito público. En el caso de las suspensiones, se evidencia una absoluta preeminencia del ámbito privado. Al realizar un análisis desagregado por sector de actividad al interior al ámbito privado, se visualiza el predominio de la industria con 83.905 despidos y suspensiones al 30 de noviembre de 2016, un 51,75% del total del ámbito privado, seguida por la construcción con 60.626 trabajadores expulsados (37,39%) y el sector servicios con un total de 14.581 despidos y suspensiones (8,99%). En el sector primario la cifra es menor, alcanzando 3.029 (solo 1,87% de los casos del sector privado), ello reside no solo en la menor cantidad de empleo explicada por el agro, sino particularmente en la importante tasa de informalidad laboral y bajo nivel de afiliación sindical, lo que dificulta el acceso a la información sectorial.

CANTIDAD ABSOLUTA DE DESPIDOS Y SUSPENSIONES EN LOS ÁMBITOS PÚBLICOS Y PRIVADOS

Diciembre 2015 - Noviembre 2016

| | Ámbito | Cantidad al 30/11/16 | Total |
|--------------|---------|----------------------|----------|
| Despidos | Privado | 122.802 | 192.917 |
| | Público | 70.115 | (83,05%) |
| Suspensiones | Privado | 39.339 | 39.369 |
| | Público | 30 | (16,95%) |
| Total | | 232.286 | |

FUENTE

Elaboración propia en base a datos de CEPA.

El impacto sobre la salud física y mental

Este proceso está teniendo fuertes consecuencias en la salud mental y físicas de las personas que fueron despedidas en el período bajo análisis, problemática que tiende a agravarse con la duración del desempleo.

A continuación se presenta una síntesis de los principales resultados obtenidos sobre la base de nuestra encuesta autoadministrada sobre salud física y mental de despedidos (aprehendidas a partir de escalas elaboradas por la OMS e investigadores especializados).

Como se observa en las tablas adjuntas, en el conjunto de la población prácticamente se triplica la percepción de problemas de salud mental y en relación a salud física, la percepción empeora un 20,5%.

Los/as trabajadores/as del sector público han sido los mayormente afectados en términos de salud mental (218% de deterioro entre diciembre y septiembre de 2016) y quienes trabajaban en cooperativas los más damnificados en términos de salud física (un deterioro del indicador que supera en un 40% al del promedio de la población). En relación a los quintiles salariales, el dato que resalta es que aquellos que se ubican en la clase media (entre el tercer y cuarto quintil de ingresos) perciben un empeoramiento mayor de su salud mental (de 209% y 274%, respectivamente). En contraposición con los despedidos de menores ingresos (los quintiles 1 y 2) cuyos indicadores se incrementan por debajo de la media.

En términos de género, se aprecia que los despedidos impactan con mayor intensidad en las mujeres, tanto en materia de salud física como mental (una diferencia del 10% entre las tasas de variación de sus indicadores).

En materia de edad, los efectos del despido en ambas dimensiones se incrementan linealmente, afectando en mayor medida al grupo etario de 46 años y más.

Para la variable de corte nivel educativo, los resultados son más complejos. En materia de salud mental la más afectada por los despedidos ha sido la población con estudios superiores completos (223% de incremento de problemas de salud mental), mientras que en materia de salud física, son los trabajadores despedidos con menores niveles educativos los que experimentan el mayor deterioro percibido (más de 50% de reducción de la salud física percibida).

Respecto de la composición familiar, las familias monoparentales con hijos a cargo son quienes más han sufrido el impacto (combinando resultados de salud física y mental) de los despedidos, con un aumento de más del 200% en el indicador de problemas de salud mental y una reducción superior al 22% en el indicador de salud física.

El impacto más intenso del despido sobre la salud física y mental de los trabajadores se da entre mujeres mayores de 45 años, jefas de hogar y que están a cargo de familias numerosas. Se observa, entre otros resultados, un aumento de hasta el 436% de los problemas de salud mental.

Finalmente (entre los resultados más destacables, el resto puede consultarse en el documento completo), se observa según la cantidad de hijos que las familias numerosas no solo son las más afectadas, sino que los despedidos a cargo de las mismas han visto más que quintuplicar sus indicadores de problemas de salud mental (aumento del 436% como consecuencia del despido).

Al analizar de manera desagregada los ítems de SRQ (salud mental) se visualiza con claridad que los despedidos se sienten particularmente infelices e incapaces de disfrutar de las actividades diarias, se perciben incapaces, han perdido interés en las cosas e incluso han pensado en terminar con su vida. Todos estos ítems están estrechamente vinculados a vivencia depresiva esperable luego de despidos compulsivos, violentos y humillantes. No obstante ello, resulta de particular importancia epidemiológica el hecho de que, en la muestra examinada y luego de los despidos, casi 1 de cada 6 encuestados reportan tener ideaciones suicidas.

Conclusiones

El desempleo y la pérdida de la relación salarial provoca serios problemas de salud y sus efectos están exten-

samente corroborados en la literatura científica. Por tal motivo, resulta indispensable frenar por medios institucionales y convencionales (comisiones paritarias de los convenios colectivos de trabajo) los despidos injustificados. El rol de las organizaciones sindicales, los partidos políticos y movimientos sociales será primordial para obtener estos resultados ante la postura refractaria del gobierno nacional.

La severidad de los resultados encontrados en esta investigación, nos permite afirmar que de no mediar políticas macroeconómicas, laborales, sociales y de salud que reviertan la dinámica del empleo y combatan los efectos económicos y sanitarios ya generados, sobrevendrá un notable incremento tanto de la morbilidad como de la mortalidad por causas violentas (hetero y autoinflingidas) y evitables, de exclusiva responsabilidad de la política pública.

VARIACIÓN (PARA LA MUESTRA COMPLETA) DE CADA ÍTEM QUE COMPONE EL ÍNDICE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL (SRQ-20 DE LA OMS)

| Ítems del SRQ | 2015 | 2016 | Variación |
|---|-------------|-------------|---------------|
| a) ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes? | 0.20 | 0.45 | 128.4% |
| b) ¿Tiene mal apetito? | 0.10 | 0.34 | 225.5% |
| c) ¿Duerme mal? | 0.25 | 0.69 | 171.1% |
| d) ¿Se asusta fácilmente? | 0.10 | 0.25 | 151.1% |
| e) ¿Le tiemblan las manos? | 0.05 | 0.10 | 104.3% |
| f) ¿Se siente nerviosa/o, tensa/o, o preocupada/o? | 0.37 | 0.86 | 128.4% |
| g) ¿Tiene mala digestión? | 0.19 | 0.43 | 125.9% |
| h) ¿Le cuesta pensar claramente? | 0.11 | 0.45 | 325.0% |
| i) ¿Se siente infeliz? | 0.13 | 0.52 | 301.7% |
| j) ¿Ha estado llorando más de lo normal? | 0.10 | 0.48 | 380.0% |
| k) ¿Encuentra difícil disfrutar de sus actividades diarias? | 0.17 | 0.63 | 287.7% |
| l) ¿Le cuesta tomar decisiones? | 0.18 | 0.50 | 174.4% |
| m) ¿Es muy difícil su trabajo diario? | 0.19 | 0.29 | 48.3% |
| n) ¿Se siente incapaz de tener un papel útil en la vida? | 0.05 | 0.28 | 468.2% |
| o) ¿Ha perdido interés en las cosas? | 0.14 | 0.45 | 236.1% |
| p) ¿Se siente una persona inútil? | 0.06 | 0.26 | 364.0% |
| q) ¿Le ha pasado por la mente terminar con su vida? | 0.05 | 0.17 | 261.9% |
| r) ¿Se siente cansada/o todo el tiempo? | 0.24 | 0.50 | 108.3% |
| s) ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago? | 0.16 | 0.42 | 166.2% |
| t) ¿Se cansa fácilmente? | 0.23 | 0.55 | 137.1% |
| SRQ | 3.06 | 8.60 | 181.1% |

IMPACTO DE LOS DESPIDOS SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

| Variaciones de corte | Sub-grupo muestral | Índice de salud mental pre-despido ¹ | Índice de salud mental post-despido | Variación | Índice de salud física pre-despido ² | Índice de salud física post-despido | Variación |
|--|---------------------------|---|-------------------------------------|-----------|---|-------------------------------------|-----------|
| Poblacion total | | 3.06 | 8.60 | 181% | 3.39 | 2.70 | -20.5% |
| Tipo de instituciones | Tercer sector | 3.69 | 8.62 | 133% | 3.31 | 2.38 | -27.9% |
| | Privado | 4.21 | 9.20 | 119% | 3.32 | 2.69 | -19.1% |
| | Público | 2.64 | 8.39 | 218% | 3.42 | 2.71 | -20.6% |
| Tamaño del establecimiento | 300 o más trabajadores | 2.83 | 8.31 | 193% | 3.40 | 2.73 | -19.5% |
| | De 11 a 49 trabajadores | 3.33 | 9.27 | 178% | 3.32 | 2.62 | -21.2% |
| | De 500 a 299 trabajadores | 2.72 | 8.67 | 218% | 3.47 | 2.70 | -22.2% |
| | Hasta 10 trabajadores | 4.67 | 8.90 | 91% | 3.33 | 2.64 | -20.8% |
| Descuento jubilatorio | No | 3.59 | 8.85 | 146% | 3.44 | 2.67 | -22.2% |
| | No sabe/no contesta | 3.50 | 8.17 | 133% | 3.33 | 2.61 | -21.7% |
| | Sí | 2.87 | 8.54 | 198% | 3.38 | 2.71 | -19.9% |
| Antigüedad en el puesto de trabajo (en años) | Hasta 1 año | 3.62 | 8.13 | 125% | 3.38 | 2.77 | -18.0% |
| | De 1 a 3 años | 2.84 | 9.05 | 219% | 3.40 | 2.63 | -22.7% |
| | De 3 a 10 años | 3.11 | 8.45 | 172% | 3.41 | 2.76 | -19.0% |
| | Más de 10 años | 2.48 | 7.79 | 214% | 3.31 | 2.62 | -20.8% |
| Caracterización de la experiencia laboral | Buena | 3.45 | 8.98 | 160% | 3.25 | 2.64 | -19.0% |
| | Mala | 7.13 | 12.07 | 69% | 2.67 | 2.27 | -15.0% |
| | Muy buena | 2.33 | 8.23 | 253% | 3.57 | 2.77 | -22.5% |
| | Regular | 4.09 | 8.04 | 97% | 3.19 | 2.70 | -15.3% |
| Quintiles salariales | 1 | 3.69 | 8.74 | 137% | 3.28 | 2.62 | -20.0% |
| | 2 | 3.48 | 8.18 | 135% | 3.38 | 2.85 | -15.5% |
| | 3 | 2.83 | 8.75 | 209% | 3.38 | 2.63 | -22.2% |
| | 4 | 2.49 | 9.30 | 274% | 3.43 | 2.68 | -21.9% |
| | 5 | 2.82 | 7.85 | 178% | 3.51 | 2.73 | -22.1% |
| | No sabe/no contesta | 2.71 | 10.43 | 284% | 3.43 | 2.71 | -20.8% |
| Sexo | Masculino | 3.17 | 9.15 | 189% | 3.41 | 2.68 | -21.2% |
| | Femenino | 2.90 | 7.82 | 169% | 3.37 | 2.72 | -19.4% |
| Grupo etario | Hasta 29 | 3.47 | 8.60 | 148% | 3.33 | 2.76 | -17.2% |
| | 30 a 45 | 2.99 | 8.47 | 183% | 3.44 | 2.71 | -21.1% |
| | 46 y más | 2.51 | 9.09 | 263% | 3.34 | 2.52 | -24.4% |
| Nivel educativo | Posgrado completo | 2.91 | 7.63 | 162% | 3.46 | 2.79 | -19.5% |
| | Primaria completa | 4.50 | 8.00 | 78% | 3.50 | 1.50 | -57.1% |
| | Secundaria completa | 3.84 | 10.08 | 163% | 3.32 | 2.68 | -19.3% |
| | Secundaria incompleta | 2.50 | 7.83 | 213% | 3.67 | 2.50 | -31.8% |
| | Superior completa | 2.68 | 8.66 | 223% | 3.39 | 2.70 | -20.4% |
| | Superior incompleta | 3.54 | 8.84 | 149% | 3.36 | 2.67 | -20.3% |
| Condición ocupacional actual | Desocupado | 3.14 | 9.19 | 192% | 3.37 | 2.65 | -21.3% |
| | Inactivo | 4.25 | 10.08 | 137% | 2.92 | 2.50 | -14.3% |
| | Ocupado | 2.78 | 7.24 | 160% | 3.48 | 2.81 | -19.2% |

IMPACTO DE LOS DESPIDOS SOBRE LA SALUD FÍSICA Y MENTAL (cont.)

| Variaciones de corte | Sub-grupo muestral | SRQ 2015 | SRQ 2016 | Variación SRQ | PSF 2015 | PSF 2016 | Variación PSF |
|--|---|----------|----------|---------------|----------|----------|---------------|
| Poblacion total | | 3.06 | 8.60 | 181% | 3.39 | 2.70 | -20.5% |
| Participación sindical | No sabe/no contesta | 8.50 | 6.50 | -24% | 4.00 | 3.50 | -12.5% |
| | No | 3.16 | 8.62 | 173% | 3.38 | 2.70 | -20.1% |
| | Sí | 2.49 | 8.53 | 242% | 3.43 | 2.67 | -22.1% |
| Composición familiar | Otra conformación familiar | 4.89 | 8.89 | 82% | 3.33 | 2.33 | -30.0% |
| | Vive con amigos o terceros | 4.79 | 8.93 | 87% | 3.29 | 2.71 | -17.4% |
| | Vive con otros familiares | 3.73 | 9.02 | 142% | 3.40 | 2.77 | -18.6% |
| | Vive con su esposo/a o pareja | 2.83 | 7.83 | 176% | 3.41 | 2.75 | -19.4% |
| | Vive con su esposo/a o pareja e hijo | 2.71 | 8.23 | 204% | 3.44 | 2.69 | -21.8% |
| | Vive con sus hijos | 3.16 | 9.51 | 201% | 3.38 | 2.62 | -22.4% |
| | Vive solo/a | 2.87 | 9.21 | 220% | 3.32 | 2.68 | -19.4% |
| Hijos a cargo | 0 | 3.18 | 8.56 | 169% | 3.39 | 2.73 | -19.6% |
| | 1 | 2.60 | 8.46 | 225% | 3.34 | 2.58 | -22.7% |
| | 2 | 3.03 | 8.99 | 197% | 3.42 | 2.76 | -19.2% |
| | 3 | 4.13 | 6.88 | 67% | 3.50 | 2.94 | -16.1% |
| | 4 | 2.33 | 12.50 | 436% | 3.67 | 2.00 | -45.5% |
| Responsabilidad en el sustento familiar | Contribuyo a financiar los gastos | 3.17 | 7.92 | 150% | 3.41 | 2.73 | -20.0% |
| | Ninguna | 2.47 | 9.13 | 270% | 3.47 | 2.80 | -19.2% |
| | otra | 2.71 | 10.57 | 289% | 3.14 | 2.43 | -22.7% |
| | Soy el principal responsable por el sustento familiar | 2.91 | 9.73 | 234% | 3.37 | 2.56 | -24.1% |
| | Trabajo para solventar mis gastos | 3.15 | 9.11 | 158% | 3.39 | 2.85 | -15.9% |
| Responsabilidad en gastos hijos del hogar | Alquiler | 3.87 | 8.70 | 125% | 3.22 | 2.65 | -17.6% |
| | Cuotas de créditos | 3.79 | 8.64 | 128% | 3.21 | 2.50 | -22.2% |
| | Dos de los gastos mencionados | 2.54 | 7.88 | 210% | 3.40 | 2.78 | -18.1% |
| | Impuestos y seguros | 2.79 | 6.00 | 115% | 3.34 | 2.93 | -12.4% |
| | Ninguno | 3.50 | 7.38 | 111% | 3.31 | 2.88 | -12.8% |
| | No sabe/no contesta | 4.00 | 8.58 | 115% | 3.33 | 2.75 | -17.5% |
| | Obra social o medicina prepaga | 2.20 | 9.90 | 350% | 3.40 | 2.60 | -23.5% |
| | Todos los gastos mencionados | 2.96 | 9.82 | 232% | 3.48 | 2.61 | -24.9% |
| | Tres de los gastos mencionados | 3.41 | 8.61 | 153% | 3.38 | 2.65 | -21.6% |
| Experiencia previa de la desocupación | No | 2.90 | 8.78 | 202% | 3.41 | 2.66 | -22.0% |
| | Sí | 3.83 | 7.69 | 101% | 3.32 | 2.91 | -12.4% |

1 A partir del SRQ-20 de la Organización Mundial de la Salud (un índice más elevado indica menor nivel de salud mental).

2 Replicando la escala utilizada en Panigo (2013).



Observatorio de salud de los trabajadores en la provincia de Santa Fe

El Observatorio de Salud de los Trabajadores (ObSaT) nace de los trabajadores y profesionales relacionados al mundo del trabajo. Es una Organización Civil no Gubernamental, que nuclea a gremios, obras sociales gremiales, profesionales de la salud laboral, profesionales de las leyes laborales y del sector científico tecnológico de las Universidades, con el objetivo de llevar a cabo investigaciones en el campo de la salud de los trabajadores y de las Ciencias Sociales.

Desde su creación, el ObSaT también se ocupa de planificar programas y proyectos de intervención para tratar problemáticas de la salud de los trabajadores según su medio laboral y social; coordinar y establecer los medios de capacitación para los trabajadores en cuestiones de salud, seguridad e higiene, comité mixto; y todo lo referente a la promoción y prevención de la salud laboral. El ObSaT tiene como eje primordial, propiciar la vinculación científica y tecnológica entre las organizaciones sociales a nivel provincial, nacional e internacional con el mundo del trabajo.

La intervención más reciente y presentación oficial del ObSaT fue la Jornada Debate sobre la Reforma de la Ley de Riesgo de Trabajo (LRT). La jornada se llevó adelante en las instalaciones del Gremio de SADOP Rosario y tuvo una alta concurrencia. Participaron representantes gremiales a nivel nacional y regional, como el compañero Matías Layus, Sec. Gral. De la Bancaria y Sec. Gral. del Movimiento Sindical Rosario, el compañero Juan Gómez, Sec. Gremial de Empleados de Comercio y el compañero Mario Almirón Sec. Gral. de SADOP a nivel Nacional. También asistieron representantes del arco político como el Diputado Nacional Eduardo Seminara, la

delegada Regional del Ministerio de Trabajo de la Provincia de Santa Fe, la Dra. María Bellucia y otros representantes de organizaciones gremiales y trabajadores de distintas actividades.

En la jornada se hizo una declaratoria que pide a los legisladores nacional y provinciales que se frente con el proyecto de ley de reforma de la Ley de Trabajo, propuesto por el gobierno nacional y que se encuentra actualmente en debate en el Congreso Nacional. En la declaratoria se expresa la preocupación que posee el ObSaT respecto a los graves perjuicios que esta reforma tiene para con los trabajadores accidentados y/o enfermos, como también el daño a la tutela efectiva y la competencia asignada a las provincias por la Constitución Nacional.

La ObSaT también viene realizando intervenciones con las comisiones de Comité Mixtos de Salud y Seguridad, Violencia Laboral, Salud Mental, de Género, entre otras, junto a organizaciones gremiales y sociales.

Integran el Observatorio :

SOEPU OSPIP (Petroquímicos), ATE CONSEJO PROVINCIAL , SOEA (Aceiteros) SAN LORENZO, SINDICATO DE PRENSA ROSARIO, , AALR, SUTRACOVI (Peaje) , AMSAFE-CTA (Docentes) , LA BANCARIA, SUPASO (Profesionales Seguridad Ocupacional), SADOP (Docentes Privados), MUNICIPALES DE ROSARIO, JUDICIALES PROVINCIA DE SANTA FE, EMPLEADOS DE COMERCIO, CARRERA MEDICINA DEL TRABAJO- Facultad de Ciencias Médicas-UNR. y cátedras Facultades de Derecho, Psicología y Ciencias Políticas de la UNR .



CIENCIA Y SOBERANÍA



Científicos
y universitarios
autoconvocados

**Un movimiento popular
de ciencia y técnica.
¿Qué hacer?**

Este texto pretende articular dos dimensiones. La primera consiste en debatir un tema candente de la Argentina siglo XXI: el de Ciencia y Técnica. O sea: cómo las políticas del gobierno de la Alianza PRO-UCR están afectando nuestro sector y sobre todo cómo están poniendo en crisis (cuando no desarmando) la posibilidad de una ciencia soberana. La segunda dimensión consiste en presentar la emergencia de una nueva subjetividad política. Esto es: el sujeto científico, cuya responsabilidad –creemos– consiste en articular un programa de desarrollo científico-tecnológico popular con el objetivo de ponerlo a disposición de las grandes mayorías. Y por medio de ese programa, colaborar en la construcción de una alternativa política que signifique la derrota definitiva de un gobierno a todas luces decadente, porque se muestra incapaz de resolver los problemas que suscitan sus políticas y de un proceso emancipatorio.

Ciencia y Técnica

A principio de octubre de 2016, Macri envió al Congreso el proyecto de Ley de Presupuesto, en el cual ajustaba distintas áreas sensibles, entre ellas el de ciencia y técnica, luego de zamarrear al sistema universitario nacional. A partir de allí comenzó una batalla por discutir las implicancias de la reducción presupuestaria. Mediante distintas acciones en la calle, conferencias de prensa y audiencias con diputados y senadores, en una unidad que se expresó frente a la Plaza del Congreso el 27 de octubre, los espacios políticos/gremiales de Ciencia y Tecnología (CyT) y la Universidad logramos que el achicamiento del presupuesto destinado a nuestro sector no fuera tan salvaje como el gobierno pretendía y que no se afectase la autarquía de CONICET para la designación de cargos. Sin embargo, el recorte se realizó y la consecuencia inmediata del ajuste se expresó sobre nuestras/os compañeras/os que –recomendados por las instancias de evaluación de CONICET– quedaron fuera de la Carrera del Investigador Científico (CIC).

En este contexto, en diciembre pasado se desarrolló la toma del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. En ese contexto, y por segunda vez, en unidad, los espacios políticos/gremiales de CyT logramos conquistar un año de salario para el conjunto de las y los recomendados y una mesa de negociación mixta en la cual, se supone, se discutirán los puestos en donde esas y esos compañeros desarrollarán su trabajo de investigación. En este punto, nuestra agrupación, Científicos y Universitarios Autoconvocados/Buenos Aires (CyUA - Bs As), desde el principio desechó las medias tintas con el objetivo de sostener que todos los investigadores evaluados positivamente deben estar dentro del CONICET. No solo porque es el organismo para el que concursaron y fueron recomendados, sino porque su eventual no aceptación empezaría a poner en jaque el organismo: su cierre virtual (por ahora) y

■ Por Científicos y Universitarios Autoconvocados- Buenos Aires

Es un colectivo de investigadores y becarios de CONICET e investigadores, docentes y estudiantes de las universidades públicas autoconvocados de CABA y conurbano.

la descentralización del sistema público de ciencia y técnica.

Con lo que pasó a lo largo de 2016 en el ámbito de Ciencia y Técnica podemos decir que el gobierno PRO-UCR expresa un sentido de perfiles nítidos: nos ha dado sobradas muestras que su perspectiva es elitista, pese a los slogans de campaña de Macri. El ajuste general en el sector, que se expresó durante todo 2016 en los organismos descentralizados y a fin de año con el conflicto por los ingresos a CIC en Conicet, manifiesta la pretensión de este gobierno de reducir al mínimo la producción científico-tecnológica nacional, mantener aquello que se vincula al desarrollo de las grandes empresas y el resto comprarlo en el exterior. En términos un poco más generales, más allá del sistema de CyT, la crisis se descarga en las amplias mayorías a quienes se les aplica un ajuste y restricción de derechos para garantizar mayor concentración y acumulación de la riqueza en poquísimas manos. En cuanto a nuestro sector, la ecuación es sencilla: se pretende provocar una fuga de cerebros, o sea, exportar científicos formados en nuestras universidades públicas para importar los productos científico-tecnológicos que desarrollan los países centrales. “Materias primas” a cambio de productos manufacturados: es el sentido clásico de todo colonialismo.

Desde CyUA-Bs As creemos que esta política no responde a las necesidades de las mayorías. No se trata de la mera técnica, se trata de cómo la producción de CyT puede contribuir a mejorar concretamente la vida del pueblo argentino dentro del esquema de un proyecto emancipatorio, tal es como la investigación sobre enfermedades regionales (chagas, cólera, chikunguña, que afectan especialmente a las mayorías pobres y que no forman parte de las agendas científicas de las multinacionales. Creemos enfáticamente que no hay alternativa política sin programa de desarrollo científico-tecnológico popular y el nuevo sujeto científico, cuya emergencia se dio a fines de 2015, tiene la responsabilidad de ponerlo en la discusión de las grandes mayorías.

Cómo nominar las cosas para la acción

En noviembre de 2015 varios cientos de científicas y científicos nos movilizamos para intentar torcer el balotaje.



Pero ya en ese entonces emergía una novedad: en ese momento de crisis coyuntural nos reconocíamos como científicos. En este sentido, intentamos manifestarnos “mostrando” de qué trabajamos y nuestro intento de “diálogo” estaba dirigido a otros trabajadores, los que pasan a diario por las estaciones de trenes. Decimos esto porque nuestras primeras manifestaciones públicas se llevaron a cabo en los halls de las estaciones de Constitución y Retiro. Esta emergencia de las y los trabajadores de Ciencia y Técnica en la escena pública tuvo su expresión en el armado de nuestro espacio: CyUA-Bs As. Esta denominación tiene varias aristas que vale la pena destacar:

1. Autoconvocados. Este primer término tiene su interés. Se autoconvoca una nueva subjetividad cuando no hay ninguna otra que te convoque a hacer algo. En este sentido, nos congregamos bajo una “identidad” que nos permita sentirnos contenidos, sin poner en primer plano ni las tradiciones militantes de cada uno ni las afinidades políticas preexistentes, exceptuando la clara oposición, entonces, a la potencial victoria de la alianza Cambiemos. Por otra parte, nos convocamos apelando a una necesidad vinculada a la coyuntura del balotaje, ya que las organizaciones políticas populares –en su mayoría– no tuvieron la capacidad de convocar o congregar los distintos sujetos sociales para expresar un repudio unánime y decir No a Macri. En los momentos aciagos pre balotaje, sí vimos a multitudes de ciudadanos en las plazas y en distintos lugares públicos diciendo de diferentes formas que no queríamos que Macri fuera nuestro presidente, pero más allá de esa negación no vimos actuar a las fuerzas políticas para tratar de encauzar esas formas de indignación múltiple, para que la negación tuviera su correlato político.

2. Universitarios. Apelar a compañeras y compañeros que estudiamos y trabajamos en la universidad, nos permite recuperar y hacernos cargo de la enorme tradición de lucha de ese movimiento universitario que se densifica a partir de la Reforma Universitaria de 1918 –que está por cumplir cien años– y que desde la ciudad de Córdoba se expandió hacia múltiples países latinoamericanos.

3. Científicos. Sobre esta palabra se cifra tal vez la novedad histórica y nuclear de nuestro espacio. Palabra entroncada con las condiciones objetivas de un sistema científico público. Sistema jerarquizado, ampliado y extendido nacionalmente en los últimos 12 años, que hoy cuenta con 25 mil trabajadores, que se transforman en 70 mil, si consideramos el amplio conjunto de las y los investigadores de las Universidades Nacionales y los otros organismos científicos (INTA, INTI, CNEA, CONAE, etc).

La perspectiva es que el desarrollo científico-tecnológico de raigambre popular forme parte del acervo de los derechos colectivos a ampliar y defender.

Etapas y proyecciones

Noviembre de 2015 fue el hito fundacional de un nuevo movimiento histórico, en el sentido que no existía antes en la Argentina. Y sobre todo, de características populares: el movimiento de científicas y científicos. Esto no significa que no tengamos antecedentes de lucha de científica/os –y muy valiosos, que por cierto reconocemos–,



tal como recuerdan muchos de nuestros compañeros de generaciones anteriores. Sin embargo, vale hacer una distinción entre luchas de tipo gremial/sectorial y la organización de un nuevo movimiento popular. De algún modo, esta organización responde a una vieja y para nada perimida consigna de alto voltaje en este año 2017: ¿Qué hacer?

El año 2016 ha sido de enormes esfuerzos y de distintos grados de acciones en lo concerniente a nuestro espacio. La finalidad ha sido llevar adelante dos objetivos políticos:

-Colaborar en la desarticulación del vínculo material y moral que une a una porción apenas mayoritaria de la sociedad civil con el gobierno del PRO-UCR.

-Contribuir a fortalecer al movimiento popular para construir una alternativa política de características populares que reemplace a un sistema configurado por la CEOcracia. En este sentido, la organización CyUA pretende contribuir a la gran tarea de dotar al conjunto del movimiento popular de un “Programa de Ciencia y Técnica”. Para ello, entendemos que el conjunto del movimiento popular debe estar en condición de discutir qué ciencia y técnica necesita la Argentina para su propio desarrollo soberano, en contacto con los intereses latinoamericanos. Es decir, cuál es el sistema científico tecnológico que requerimos en términos nacionales y continentales, capaz de abordar los problemas derivados de los déficits de salud, hábitat, vivienda, educación, trabajo, producción y tantos otros.

La perspectiva es que en el corto y mediano plazo el desarrollo científico-tecnológico de raigambre popular forme

parte del acervo de los derechos colectivos del pueblo argentino a ampliar y defender. O sea, derechos que puedan integrarse a otros, productos de las luchas históricas, por ejemplo, el aguinaldo o las vacaciones pagas, los derechos humanos y la educación pública y gratuita. Valores y sentidos arraigados en nuestro pueblo y también en peligro, porque son altamente cuestionados por el gobierno de la alianza PRO-UCR en las figuras de Gómez Centurión, Lopérfido y el mismo presidente Macri, por ejemplo, a través de sus declaraciones y de las políticas públicas que su gobierno instrumenta con el objetivo de restringir derechos conquistados por las luchas colectivas del pueblo argentino.

Para ello, desde el comienzo postulamos como valor indeclinable la unidad, en el respeto de la diversidad propia de nuestra configuración como espacio y de las otras fuerzas populares. En este sentido, nuestros esfuerzos estuvieron orientados a ayudar a concretarla a través de la iniciativa política y militante. Creemos que la unidad es posible bajo la premisa de respetar la diversidad, las tradiciones de lucha e identidades de cada fuerza. Nuestra posición se orienta hacia el respeto de la autonomía de cada organización, de las distintas metodologías de lucha, espacios de actuación y prácticas políticas que cada espacio adopte, porque entendemos que es la forma de enfrentar a este gobierno y sus políticas de ajuste. En esta dirección, aspiramos a que las diferencias no se cristalicen en divisiones del movimiento popular, sino que por el contrario fortalezcan la unidad en la diversidad, en la construcción de alternativa política cuyas primeras manifestaciones deberían verificarse en 2017, un año clave para la Argentina, ya que se trata de un año electoral, y un momento clave por lo que concierne a la articulación de lo popular.

Apostar a la ciencia

Reconocido en el mundo de la medicina por sus descubrimientos en materia de lucha contra el cáncer, después de décadas de trabajo científico en el sistema público argentino, Rabinovich repasa, en una charla en su oficina ubicada en el predio del Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME), su paso por la universidad pública, el rol del investigador, la pasión y el compromiso por mejorarle la vida a la gente.

¿Qué es ser un investigador?

Hoy en día el concepto de investigador es muy amplio. Existen muchos tipos de investigadores. Los que quieren resolver problemas cotidianos y toman para eso conceptos de la ciencia básica, y otros que les interesa hacer una ciencia un poco más disruptiva en el sentido de contribuir con conceptos nuevos, la curiosidad por el universo y por las preguntas más fundamentales, que en el futuro van a contribuir seguramente a proyectos de ciencia aplicada.

Pero fundamentalmente, y con independencia de los tipos de investigadores, más pragmáticos otros más asociados a abordar conceptos fundamentales, el punto en común que creo que tiene que tener la ciencia y los investigadores son el compromiso y la pasión. Me parece que en un mundo donde esas dos palabras están un poco perdidas y olvidadas, la responsabilidad que tenemos de hacer ciencia, para poder comprender nuestra existencia, cambiar los paradigmas del conocimiento pero también como oportunidad para superarnos, evolucionar y mejorar nuestra vida y de las futuras generaciones en el planeta, demandan un compromiso muy grande de honestidad, de ética y también de una comprensión de las necesidades sociales. Tenemos que nutrirnos de lo que la gente necesita, tener mayor compromiso social.

Creo que hoy en día el científico es una persona que sale mucho más de su lugar tradicional de trabajo, antes estaba muy metido en sí mismo tratando de resolver preguntas. Pero especialmente en medicina y bioquímica, que es en lo que yo trabajo, las preguntas que deben alimentar nuestra investigación son aquellas que impactan en los pacientes. Es importante tener un “feedback” constante, que vaya desde la mesada hasta la clínica y desde la clínica hasta la mesada de nuevo. Siempre basadas en una comprensión acabada de los mecanismos biológicos asociados. Es necesaria esta retroalimentación constante teniendo al paciente como foco, pero probablemente, aun así, las respuestas que uno busca no sean encontradas a corto plazo. Para mí la verdadera ciencia da respuestas más a largo plazo. El cortoplacismo genera que la ciencia siempre esté cuestionada.

Es importante hacer ciencia al ritmo necesario, como para poder confirmar sólidamente los hallazgos y que otros científicos en el mundo también puedan confirmarlos. Para mí ésta es una de las cosas más importantes que te pueden pasar como científico, que vos puedas hacer un experimento y que éste luego pueda ser reproducible. Especialmente hoy en día que existe una gran crisis de reproducibilidad de resultados. La única forma de llegar en forma rigurosa a un nuevo fármaco, una

■ Gabriel Rabinovich

Es bioquímico y doctor en Ciencias Químicas por la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), investigador en el CONICET y profesor en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la UBA.

droga, a un medicamento, a un anticuerpo monoclonal, a una proteína recombinante es estar seguros del mecanismo molecular a través del cual funciona, y que, además, no solamente lo hayas visto vos o tu grupo, sino que también lo hayan visto otros grupos independientes en el mundo.

Sos bioquímico egresado de la Universidad Nacional de Córdoba y también hiciste el doctorado allí. Además, desarrollaste todo tu trabajo dentro de la universidad pública, estás en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires. Con toda esta trayectoria que tenés ¿cuál es la valoración que haces sobre la universidad pública?

Nunca tuve ninguna duda sobre que yo quería hacer mi carrera tanto de grado como de doctorado en la universidad pública. A mí básicamente me parece que es la mejor opción porque la universidad pública, gra-



tuita, laica, tiene la posibilidad de abarcar a toda la población, con la diversidad que esto implica, y esto abre muchísimo el abanico de posibilidades de crecer, de comprender el mundo y de aportar.

Realmente creo que todos tienen que tener la posibilidad de estudiar. Me parece que no debe existir ninguna sectorización, que la riqueza para poder hacer ciencia está justamente en la diversidad.

Cuando no hay pluralismo de ideas y diversidad se restringe mucho la posibilidad de investigar de una forma amplia. En este sentido, siempre me sentí muy cómodo, ni hablar de lo que me abrió la cabeza conocer gente de tantos lugares diferentes, creo que mi carrera hubiera sido completamente distinta si no hubiese tomado este camino.

“Hacer ciencia para mejorar nuestra vida y la de las futuras generaciones, demanda un compromiso muy grande de honestidad, de ética y comprensión de las necesidades sociales. Nutrirnos de lo que la gente necesita, tener mayor compromiso social.”

Sabemos que muchos de los científicos argentinos que son reconocidos internacionalmente como vos decidieron desarrollar su carrera

profesional en el exterior, ¿cuáles son los motivos por los cuales elegiste quedarte en Argentina?

Yo siempre he realizado pasantías, cursos, intentando estar un tiempo afuera. Tengo muy buena relación con colegas de otros países, pero la verdad es que me siento muy bien cuando un descubrimiento surge acá en mi país con recursos humanos nuestros. Cada logro que tuvimos en Argentina siento que tiene como doble valor. Si estos mismo logros y estas mismas publicaciones que logramos acá las hubiese tenido en otros institutos donde me ofrecieron posiciones, no me hubiera dado las mismas satisfacciones. Yo soy fruto de la universidad pública, estoy contento y muy orgulloso de poder decir esto. Todo este trabajo que desarrollamos ha trascendido muchos gobiernos. Yo siento un gran compromiso para

con la gente que vive en mi país. Por supuesto que estamos investigado sobre temas mundiales, como son el cáncer y las enfermedades autoinmunes, con lo cual, deseamos que también pueda impactar en la salud mundial. Pero, como decía Houssay, “la ciencia es mundial pero el científico es de su país”.

“La verdadera ciencia da respuestas más a largo plazo. El cortoplacismo genera que la ciencia siempre esté cuestionada.”

¿Qué cosas se mantuvieron y cuáles fueron cambiando en las condiciones para hacer ciencia en nuestro país a lo largo de todos estos años de trabajo?

Creo que no hay duda de la tradición científica que tiene la Argentina. La ciencia y la formación académica que tienen los científicos de acá es reconocida mundialmente desde la época de los premios Nobel, en muchos temas. A mí me da mucho orgullo cuando viajo y escucho hablar de mis colegas. Escuchar lo bien que trabaja esta persona en plantas, aquella persona en dengue, en biología molecular, en glicobiología, en nanotecnología, etc. A veces trato de salir de mis temas porque los científicos queremos hablar siempre de lo que estamos trabajando, de nuestras temáticas, porque entre otras cosas somos muy apasionados, pero me da muchísimo orgullo saber que hay tanta creatividad acá en nuestro país y en Latinoamérica en general

Un cambio que siento es que con el tiempo se fue adquiriendo el respeto de la sociedad por el científico. Eso es lo que espero que no se pierda cuando aparecen esos focos, como a fines del año pasado por el conflicto de las becas del CONICET, que intentan subestimar el trabajo científico.

Siempre planteo lo mismo: es imposible lograr un descubrimiento con utilidad si no se ha investigado en forma rigurosa un fenómeno desde lo más básico y esencial. Las preguntas tienen que ser arriesgadas y salir de la zona de confort para responderlas con todas las técnicas posibles, salir del laboratorio, colaborar, generar lazos con otros laboratorios, arriesgarse. Los científicos argentinos tenemos esa tradición justamente ahí, en poder construir ciencia paso por paso. Hemos construido ladrillo por ladrillo y eso ha permitido que muchos investigadores en el mundo puedan construir hipótesis nuevas sobre la base de las nuestras. O sea, hay mucha solidez en nuestra ciencia básica y por esto los científicos del mundo respetan la ciencia argentina.

Entonces lo que nos falta un poco es valorarnos entre nosotros. Me parece que inclusive en la comunidad científica, que en sí misma somos tan pocos, lo que tenemos que hacer es cuidarnos un poquito más, independientemente de las distintas ideologías que podamos tener.

¿Cómo caracterizarías la actual etapa de tu trabajo?

Estamos trabajando en conjunto con el CONICET, con la dirección de vinculación tecnológica y con el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva para encontrar la mejor forma de transferir nuestros resultados a la clínica. Lo que hicimos fue generar anticuerpos monoclonales neutralizantes de la proteína que estamos investigando en cáncer y estamos también viendo la mejor forma de vehiculización de esta molécula para el tratamiento de enfermedades autoinmunes. Básicamente la idea es que con las patentes que presentamos, el CONICET pueda liderar la mejor forma de llegar a los pacientes a través del licenciamiento de las mismas.

Hay propuestas que estamos analizando. Haber llegado a esta transi-

ción, justamente en este momento tan particular para la inmunoterapia que ha revolucionado con el descubrimiento de ciertos mecanismos propios que tiene el cáncer el tratamiento para esta enfermedad.

Justamente estamos organizando un simposio en la facultad que se va a llamar “la revolución de la inmunoterapia en el tratamiento del cáncer”.

“Lo que nos falta un poco es valorarnos entre nosotros.

Me parece que inclusive en la comunidad

científica, que en sí misma

somos tan pocos, lo que

tenemos que hacer es

cuidarnos un poquito más,

independientemente de las

ideologías.”

Vamos a traer a muchos investigadores de diferentes países porque nosotros encontramos un mecanismo específico pero otros investigadores, en otros países, han encontrado otros mecanismos que han llevado a tratamientos muy exitosos en cáncer. En este sentido, los tumores tiene una gran variedad de armas para defenderse y hasta ahora vamos identificando solamente algunas y la idea sería que en el futuro podamos decir “este paciente tiene este arma en particular, aquel paciente tiene aquella otra...” Y tenemos forma de neutralizarlas, de contraatacar para estimular el sistema inmune y mejorar la calidad de vida de los pacientes. A lo que nos acercamos, de esta manera, es a la medicina de precisión, que aunque muchos crean que va a ser más cara, en realidad va a ser más barata. Va a permitir tratar al paciente a partir del tumor que éste tiene y no



INMUNOPATOLOGÍA. Un becario trabajando en uno de los laboratorios del Instituto de Biología y Medicina Experimental, dirigido por Daniel Rabinovich, que es además vicedirector de la institución.

a partir de un algoritmo matemático que dice: “todo paciente tiene que ser tratado con una terapia general, universal”. Nosotros creemos en las combinaciones de distintos fármacos o estrategias terapéuticas de acuerdo a la resistencia que ofrezca un determinado tumor a cada tratamiento individual. Y en ese sentido lo que aportamos son anticuerpos monoclonales que reconocen la molécula que describimos y que pueden ayudar a ese paciente con ese tumor que expresa esa molécula o sus ligandos. Es un diagnóstico más preciso. De alguna manera un mismo tumor, en su propia historia, puede adquirir distintos mecanismos de escape inmunológico.

¿Cuáles son los pasos en el proceso desde que uno empieza con la investigación básica y descubre determinada cosa importante hasta que se empiezan a desarrollar insumos estratégicos como los medicamentos?

Como ya lo mencioné el camino desde una determinada idea hasta su transferencia es largo y debe respetarse a los fines de que dicha transferencia tecnológica sea sólida y rigurosa. El tiempo, el periodo en el cual

uno decide hacer el Brainstorming, que tiene la idea, que se van haciendo los experimentos y que son reproducibles (confirmados por otros laboratorios), es algo muy importante.

“Apostar a la ciencia es generar, en un mediano y largo plazo, una soberanía en la construcción del propio conocimiento. Si no estaremos subordinados al conocimiento que surja de otros países.”

Una vez que sucede todo esto, que es evaluado y contrastado por toda la comunidad científica y que a nivel mecanístico se conoce íntimamente es que se puede proceder a la transferencia, que también es un proceso largo y complejo.

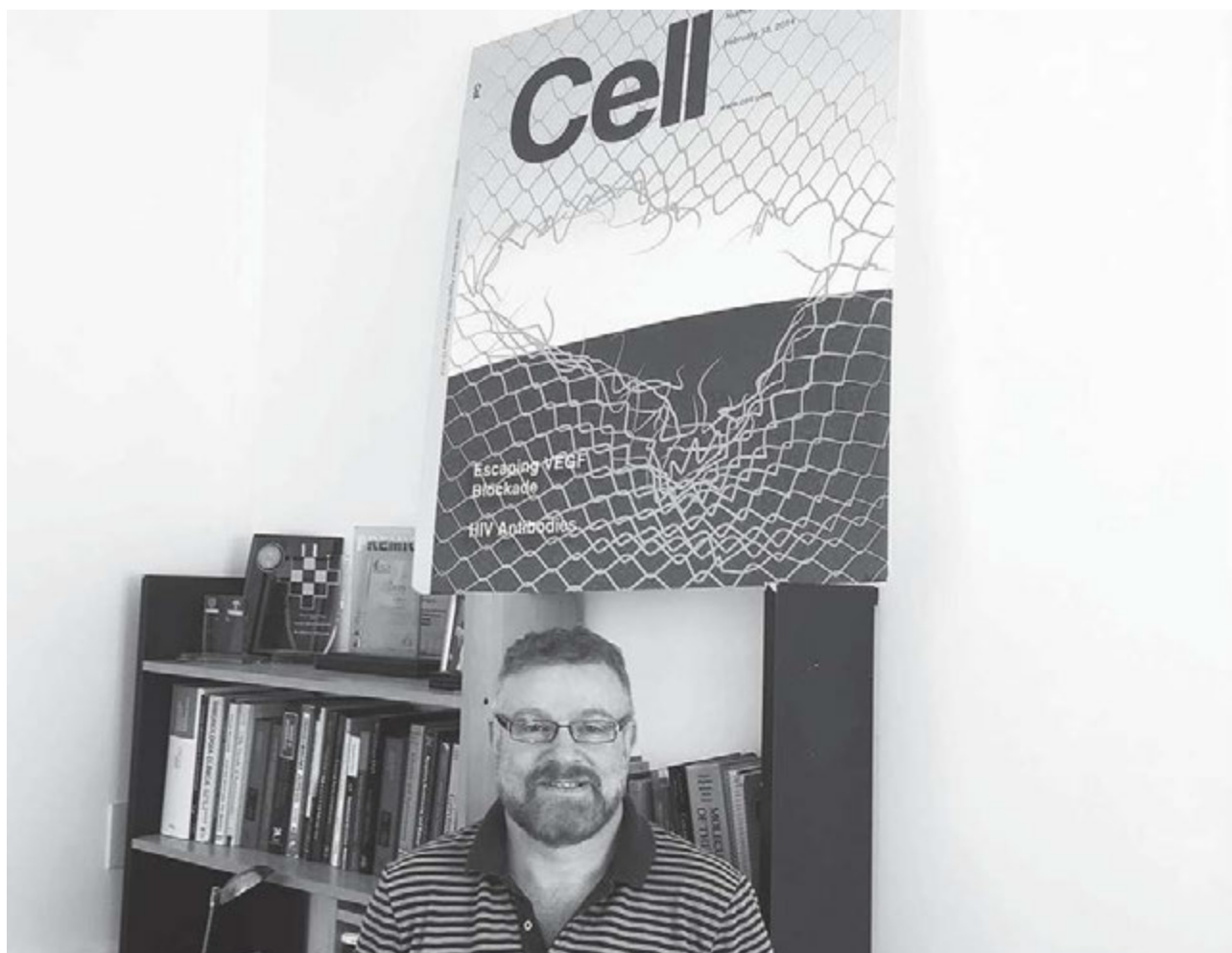
En algunos casos lo hace el mismo investigador, en otros lo hacen otros investigadores. Cuesta mucho cerrar

el círculo del descubrimiento y la transferencia en una “sola vida”. A partir de las 30 personas que trabajamos en nuestro laboratorio intentamos motorizar ambos aspectos de nuestra labor.

Un proceso importante es el de protección intelectual o patentamiento. El CONICET, en los últimos años, tuvo una política de fomentar esto, así como también la Fundaciones Sales que tanto nos ayudó. Ambos nos enseñaron que es importante cuidar la propiedad intelectual del país frente a un potencial invento.

Una vez que el descubrimiento se ha patentado viene la época donde aparece el interés de los distintos consorcios, hay muchas formas de poder transferir a la clínica los resultados de la ciencia. Tenemos lo público, los consorcios público-privado y también está la posibilidad de licenciar a una o más empresas farmacéuticas. Son todas posibilidades, sobre las cuales trabaja la dirección de vinculación tecnológica del CONICET y el MINCYT.

Luego cuando el producto está manufacturado y se hicieron los ensayos preclínicos correspondientes



CELL. Daniel Rabinovich junto a una portada de la prestigiosa revista científica, especializada en biología molecular, que ha publicado artículos de su autoría.

y habiendo cumplido con todas las fases clínicas de la biomedicina, el producto estaría listo para llegar al paciente.

¿Cuál es la importancia del sector de la ciencia y la técnica para el desarrollo del país? ¿Y cómo te ves a vos mismo siendo parte de ese sector?

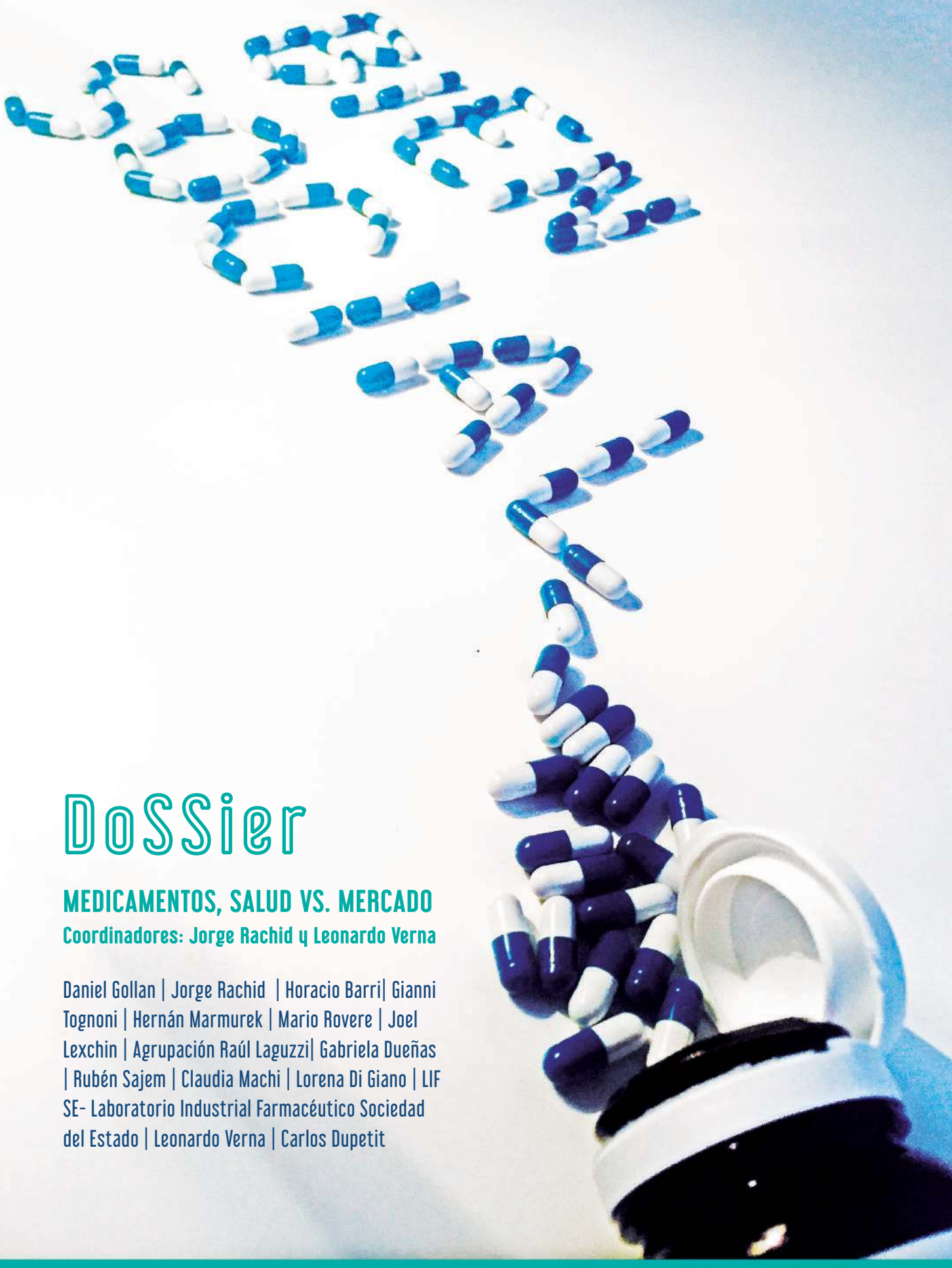
Pienso que es fundamental que los países que están en desarrollo apuesten a la ciencia. Apostar a la ciencia es generar, en un mediano y largo plazo, una soberanía en la construcción del propio conocimiento. Si no siempre estaremos subordinados al conocimiento que surja de otros países. Hay una cantidad de gente que está generando ideas que si no la protegemos y la dejamos ir van a

generar soberanía y conocimiento en otros lugares del mundo, lo cual es importante para la ciencia universal pero nosotros necesitamos desde ese lugar cuidar a nuestra gente joven.

“Pienso a la ciencia como una construcción colectiva donde cada uno aporta desde su lugar.”

Así como yo pude desarrollar mi carrera cuando era joven, y hubo algunas personas que confiaron en mí, yo quisiera que los jóvenes tengan las mismas o más oportunidades para desarrollarse en el país que las que yo tuve. Yo no sabía si la ciencia era

lo mío, pero tenía sueños a cumplir. Por eso, volviendo a tu primera pregunta, yo pienso a la ciencia como una construcción colectiva donde cada uno aporta desde su lugar. La ciencia tiene que ser una construcción colectiva donde cada uno en el equipo pone su granito de arena. Tratamos de ayudar a que los otros grupos también construyan, porque si a tu colega le va bien te va a ir bien a vos porque así el país crece. Me parece que esto genera unidad y es más importante que cerrarse en el propio laboratorio y alejarse de la comunidad. Una de las cosas que más felices ha sido poder colaborar con grupos científicos de todo el país (no solo de Buenos Aires, también de Córdoba, San Luis, Mendoza, Rosario, Neuquén, Corrientes) y de toda Latinoamérica. Esta ha sido una de nuestras mayores alegrías.



DoSSier

MEDICAMENTOS, SALUD VS. MERCADO

Coordinadores: Jorge Rachid y Leonardo Verna

Daniel Gollan | Jorge Rachid | Horacio Barri| Gianni Tognoni | Hernán Marmurek | Mario Rovere | Joel Lexchin | Agrupación Raúl Laguzzi| Gabriela Dueñas | Rubén Sajem | Claudia Machi | Lorena Di Giano | LIF SE- Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado | Leonardo Verna | Carlos Dupetit

Los profesionales que prescriben medicamentos, en particular los médicos, están sujetos a una serie de circunstancias que pueden incidir sobre sus decisiones.

EL MEDICAMENTO ES UN BIEN SOCIAL

■ Por Daniel Gollan

Los medicamentos son un bien diferente al resto. Desde la época de los boticarios, que preparaban formulaciones magistrales, hasta la aparición de la industria farmacéutica moderna, en la que los laboratorios producen millones de unidades por año, el “remedio” se ha considerado un bien con características particulares. ¿A qué se debe?

Los bienes que son imprescindibles para la vida son considerados de demanda “inelástica”, es decir, son elementos que la población priorizará sobre cualquier otro y apelará a esfuerzos especiales para obtenerlos. Por otro lado, la adquisición de los medicamentos, salvo los casos de venta sin receta, dependen de la decisión no del comprador sino de un intermediario, el profesional prescriptor. El costo de investigación, desarrollo y producción de los medicamentos es otro de los aspectos distintivos de estos bienes, como así también las condiciones de comercialización generalmente distorsionadas por posiciones monopolísticas o dominantes, o cartelizaciones. Por estas y otras razones, los especialistas, aún los que no consideran a los medicamentos como bienes sociales y sí de mercado, definen a este como uno de los mercados más imperfectos. Es todo esto lo que permite que esta industria sea, por lejos, la de más alta rentabilidad a nivel mundial.

Medicalización: los médicos también somos responsables

Los profesionales que prescriben medicamentos, en particular los médicos, están sujetos a una serie de circunstancias que pueden incidir sobre sus decisiones. Si los profesionales que indican un medicamento lo hicieran siempre motivados por su juramento hipocrático de actuar acorde a lo que es lo mejor por su paciente, no se explicarían los monumentales gastos que las empresas farmacéuticas realizan para incidir sobre esa decisión. El ejército de agentes de propaganda médica, la realización de costosos eventos científicos, la publicidad explícita o solapada, el pago de incentivos por prescripción y la inclusión en estudios de investigación y ensayos clínicos constituyen una parte importante de los gastos que las empresas realizan para vender más sus productos. Estos gastos superan por mucho los costos de producción y, por supuesto, son cargados al precio de los fármacos. Ante esta situación, el paciente está inerme, porque confía en su médico. La asimetría en la formación e información que tiene cada uno es enorme y la capacidad de discernimiento del paciente se ve acotada.

La cadena de valor del medicamento

Una investigación realizada por científicos de la Universidad de California, San Francisco, publicada en la revista JAMA de la Asociación de Medicina de EEUU, demuestra cómo a cambio de una simple cena de cortesía, la fidelidad de la prescripción de un medicamento aumenta hasta el 118%. El costo de investigación de los medicamentos es otro de los ítems manipulados de modo notable. Las empresas farmacéuticas inflan esos costos para justificar precios altos. En su libro “La Verdad Acerca de la Industria Farmacéutica, cómo nos engañan y qué hacer al respecto”, la Doctora en Medicina estadounidense Marcia Angell relata en detalle las enormes manipulaciones en los costos de investigación. Angell trabajó 20 años en la prestigiosa revista New England Journal of Medicine y fue la primera mujer en llegar al cargo de Editor Jefe. El libro está disponible en PDF y puede consultarse por internet .

Los fondos de inversión juegan su salud

En los últimos veinte años se está produciendo una nueva situación que aumenta aún más

la enorme rentabilidad de las empresas farmacéuticas, sobre todo, la de los grandes consorcios multinacionales: la mayoría de sus paquetes accionarios está quedando en manos de fondos globales de inversión. Hay un acelerado proceso de fusiones, asociaciones, compras de laboratorios y patentes a precios desmesurados, que están llevando a una concentración del sector farmacéutico sin precedentes. Las consecuencias no se circunscriben solo a la comercialización sino también en el apoderamiento de todo nuevo conocimiento, particularmente en los medicamentos innovadores de tipo biológico y biotecnológico.

Desde los primeros años de este milenio, se ha acrecentado la adquisición de pequeños laboratorios biotecnológicos de investigación por parte de grandes empresas, particularmente en EEUU. En 2011, la empresa Gilead compró a Pharmasset, fundada en 1998 por el científico egipcio Raymond Schinazi tras haber éste descubierto una molécula que cura la hepatitis C. La transacción se realizó por un valor de 11.200 millones de dólares y el comprimido de ese medicamento, el Sofosbuvir, se comenzó a vender a un precio de 1.000 dólares cada uno. En un año, Gilead recuperó la inversión y desde ese momento tiene ganancias extraordinarias que pueden llegar a multiplicar por 10 veces su inversión especulativa. Los accionistas de Gilead son fondos globales de inversión, cuya principal consigna es la de obtener una máxima rentabilidad en el menor tiempo. Es así como, un medicamento cuyo desarrollo significó relativamente escasa inversión –parte importante de la cual vino de subsidios públicos- se transformó en algo inalcanzable para los enfermos que lo necesitan. Todos los medicamentos de última generación, especialmente los destinados a tratamientos oncológicos, a enfermedades reumáticas, las que afectan al Sistema Nervioso Central, las llamadas enfermedades poco frecuentes, tienen precios exorbitantes. Se los llama MAC, medicamentos de alto costo, aunque en realidad son de alto precio, porque se paga por ellos hasta 500 veces su costo real total, que incluye los gastos de investigación y desarrollo y de producción. La misma pastilla de Sofosbuvir que en los países de altos ingresos cuesta u\$s 1.000, en los países de renta media cuesta 100 y en los de renta baja, 10. A 10 dólares cada pastilla, la empresa Gilead gana a través del cobro de regalías a los laboratorios ubicados en la India, a los cuales les da la autorización de producirlo, un buen margen.

A partir del año 1999, Gilead, uno de cuyos principales titulares era quien fuera Secretario de Estado del ex presidente de los Estados Unidos, George W. Bush padre, comenzó a comprar empresas del sector para adquirir derechos y patentes que le permitan el dominio de determinados sectores de la industria farmacéutica: Nexstar Pharmaceuticals, Triangle Pharmaceuticals, Corus Pharma, Myogen, Raylo Chemicals, Nycomed, CV Therapeutics, CGI Pharmaceuticals, Arresto Biosciences, Pharmasset o YM Bioscience son algunas de las empresas adquiridas por Gilead desde esa fecha hasta la actualidad, operaciones en las que ha invertido más de 18.000 millones de dólares. Mientras tanto, la cotización de la empresa en la bolsa ha subido hasta los 124.000 millones de dólares.

El poder de lo medios

A diario aparecen en los titulares de los medios especializados noticias tales como: “Novartis adquiere la división oncológicos de Glaxo Smith Kline por u\$s 16.000 millones. Novartis se quedará con los derechos de los productos actuales y del pipeline de Oncología de GSK. Como contraparte de este acuerdo, Novartis decidió desprenderse de su negocio de Vacunas a manos de GSK, por un total de u\$s 7.100 millones más otras sumas en concepto de royalties”⁷ o “Bayer compró Monsanto por u\$s 66.000 millones”⁸.

Los medicamentos como bien de mercado y oportunidad de negocios funcionan muy bien para las empresas y muy mal para los ciudadanos que los necesitan. Entender esta danza de millones en cualquier moneda de cualquier país del mundo y cómo esas formidables ganancias se logran en base al sufrimiento de millones de seres humanos será un objetivo de esta revista a través de una serie de notas a las que damos comienzo con este dossier. Analizar las posibles salidas a semejante desmesura también estará dentro de nuestros objetivos, aunque somos conscientes de que si una mayoría de ciudadanos no toma partido en este desafío, el acceso a los medicamentos a un precio lógico será una quimera.



La misma pastilla de Sofosbuvir que en los países de altos ingresos cuesta u\$s 1.000, en los países de renta media cuesta 100 y en los de renta baja, 10.

Los medicamentos como bien de mercado y oportunidad de negocios funcionan muy bien para las empresas y muy mal para los ciudadanos que los necesitan.

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN MANOS PIRATAS

■ Por Jorge Rachid

Argentina vive el avance de políticas neoliberales, que en el caso de la salud y específicamente de los medicamentos, exponen a millones de compatriotas a las leyes salvajes del mercado. Mientras tanto, el Gobierno nacional potencia la voracidad de la industria.

Un nuevo hecho pone de manifiesto la voracidad de la industria farmacéutica. Este gigante intenta eliminar Ley de Trazabilidad, uno de los avances más significativos del gobierno peronista de Cristina Fernández de Kirchner, extorsionando al Estado con el aumento de los precios de los medicamentos. El anterior gobierno le había dado transparencia a la producción de medicamentos con la Ley de Trazabilidad, destinada a evitar falsificaciones, robos o adulteraciones de los productos comercializados. Esto originó, en el pasado reciente y en la actualidad, nuevos delitos, hechos de corrupción con los troqueles, lotes mellizos comercializados en negro, falsificación de marcas y medicamentos robados en asaltos a camiones del laboratorio.

A cambio de congelar los precios que aumentaron entre un 40 y un 200% desde diciembre de 2015, los laboratorios exigen limitar o eliminar la Ley de Trazabilidad en los medicamentos de uso habitual en enfermos crónicos y ocasionales como el Ibuprofeno o el Paracetamol. Según esta industria, la ley origina altos costos para su implementación y por lo tanto no es viable. Sin embargo, mientras que para un gobierno nacional y popular este pedido representa una verdadera extorsión inaceptable, para un gobierno que no tiene la más mínima intención de frenar la voracidad empresarial lesiva para el pueblo, esta solicitud representa algo aceptable.

Cuando digo lesiva, no es un término excesivo, es una realidad para millones de compatriotas de todas las edades, que dependen de alguno de estos medicamento para su vida, de la misma forma que dependen del gas, del agua o la luz para su calidad de vida. Un combo perfecto: por un lado, la destrucción de proyectos de vida y de sueños con el tarifazo y, por el otro, los precios de los medicamentos que nunca deberían ser manejados por el mercado, sino por el Estado como bien social. Esos muertos no se cuentan, no son visibles como los de la represión. Los compatriotas que mueren, como en el 2001 por falta de medicamentos lo hacen en silencio, ante la falta de acceso a sus necesidades vitales, tanto como los electro-dependientes que no pueden pagar o los diabéticos que se descompensan.

Estas noticias demuestran cómo en las sombras del gobierno se tejen los negocios más espurios y como juegan los intereses de los dueños del poder real. En esos negociados no está presente el interés del pueblo argentino, sino los negocios de aquellos que incluso cometieron delitos como fueron los denunciados, juzgados y condenados en la causa de la mafia de los medicamentos en 2011. Paradójicamente fue esa investigación el origen de la Ley de Trazabilidad.

Este gobierno que se vanagloria de haber llegado para instalar una supuesta transparencia, está envuelto de corrupción en casi todas sus acciones. Desmontan los mecanismos reguladores del Estado, transfieren ganancias a los grupos económicos concentrados de poder. Se mueve con impudicia e impunidad, con protección mediática, mientras saquean al Estado nacional y el patrimonio de generaciones de argentinos, provocando dolor social, exclusión y muerte.

Los precios de los medicamentos nunca deberían ser manejados por el mercado, sino por el Estado como bien social.

“LA ARGENTINA TIENE UNA LARGA HISTORIA DE LUCHAS POR LA SALUD”

¿QUIÉN ES GIANNI TOGNONI? ■ Por Horacio Barri

Este era el sintético currículum con el que lo presentábamos entonces: Jefe del Departamento de Farmacología Clínica del Instituto Mario Negri de Milán, Italia. Consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el tema de Medicamentos. Integrante del Comité de Expertos en Farmacia y Farmacología Clínica que en 1977 realizó el Listado de Medicamentos Esenciales, que la OMS propuso a todos los países del mundo y que se renueva cada 2 años. Implementó en varios países como Arabia Saudita, Yemen del Sur, Bolivia, Costa Rica y Nicaragua la práctica concreta de la puesta en marcha del uso de este listado. Miembro de OMS-UNICEF y de los Programas de desarrollo de Naciones Unidas. Responsable y Coordinador de numerosos grupos internacionales de investigación clínica de medicamentos que abarcan a un elevado número de pacientes. Secretario General del Tribunal Permanente de los Pueblos que luchan por el derecho a su propia determinación como Eritrea, Filipinas, El Salvador, Guatemala, Zaire, Timor Este, Afganistán, entre otros países. Pocos años antes, en 1978, ejerciendo este cargo en el Tribunal Permanente de los Pueblos Bertrand Russell, había coordinado el Juicio a la Dictaduras Militares de América Latina, entre ellas la argentina. Doctor en Filosofía y Medicina.

Gianni Tognoni confeccionó los Manuales de Epidemiología Comunitaria para guiar las centenas de prácticas con las comunidades de todos los tipos. Fue integrante del Comité Asesor del Dr. Daniel Gollan en el Ministerio de Salud de la Nación.

Estas líneas fueron para presentarles a Gianni y difundir cómo y qué entiende por “derecho de los pueblos a la Salud que necesita”. Quizás como ejemplo baste con el concepto fundamental de los “Medicamentos Esenciales”: los que realmente está comprobado que sirven y previenen, mejoran o curan. Porque también están los de eficacia no comprobada, los de eficacia dudosa, las combinaciones irracionales de drogas, los similares mucho más caros pero no más eficaces y los de perfil de riesgo inaceptable, todos los cuales, sin embargo, en la inmensa mayoría de los países se siguen recetando, comercializando y consumiendo.

Su tarea va desde las comunidades a los expertos, de la gestión a la política, pero lo más importante es que sigue estando permanentemente entre nosotros y sabemos que lo tendremos nuevamente con nosotros para lo que se lo necesite.

¿Qué relación tienen los medicamentos con el derecho a la salud?

Desde el punto de vista conceptual, el medicamento es una herramienta imprescindible para tratar, en condiciones específicas, a quien tenga un problema, para el cual el medicamento representa una solución. Esto significa que si un medicamento ha sido estudiado y evaluado de una manera científicamente correcta, el medicamento puede ser la respuesta

“El medicamento se ha transformado en un bien de mercado.

Evidentemente la autoridad pública no considera el control de los precios como una medida imprescindible para garantizar un acceso adecuado a su población.”

“El Estado debería garantizar una producción pública si su posición de contratación con el mercado privado no le permite garantizar medicamentos a un precio conveniente.”

específica para el problema que puede resolver. Si el medicamento es para un paciente con cáncer por ejemplo, es un derecho del paciente de recibir este medicamento que es la respuesta a su necesidad. Si es para una infección pulmonar y el paciente tiene esa infección, el medicamento corresponde al derecho de la persona a recibir su salud a través de esta herramienta técnica.

El problema verdadero detrás de la pregunta, es que conceptualmente la situación es muy clara. El medicamento es eficaz cuando es un derecho que llega al paciente. En el mercado, los medicamentos que efectivamente, a pesar de tener una calificación formal de medicamento, no consiguen el resultado que deberían conseguir, se transforman no tanto en un derecho de salud, sino que se transforman en herramientas para el mercado.

Por eso también, hay muchos medicamentos que no tienen una eficacia comprobada a pesar de su aprobación, y por otro lado, muchos medicamentos se encuentran en condiciones de distribución pero su prescripción que no es adecuada para lograr el beneficio. Por ejemplo, si un psicofármaco se da a un paciente con algún padecimiento psíquico, pero sin un contexto de cuidados que permita al paciente responder a sus problemas, deja de ser un derecho del paciente, y se transforma en una trampa que le da una apariencia de solución mientras de hecho lo excluye de un cuidado adecuado.

Otro ejemplo clásico, los medicamentos para el VIH, son eficaces si también se garantiza un acceso al diagnóstico adecuado, un control de efectos indeseables, un seguimiento del paciente y todas las medidas que sirvan para que los medicamentos puedan traducirse en una solución para el control de la enfermedad. De lo contrario, en un contexto adverso, el medicamento no puede garantizar su beneficio.

¿Cómo percibe en Argentina y en la región el acceso a la salud y a los medicamentos?

Como está sucediendo en varios países, el medicamento se ha transformado en un bien de mercado, con precios que en Argentina son muchos más caros que en Italia u otros países europeos. Evidentemente la autoridad pública no considera el control de los precios como una medida imprescindible para garantizar un acceso adecuado a su población. Por eso, si un Estado no puede gastar más de una suma x de dinero para medicamentos, y estos salen más de lo que podrían costar en otras condiciones de mercado, significa que hay una decisión conjunta del gobierno y de la industria, de transformar el mercado de medicamento en algo que es importante para la economía privada o pública, y muchos menos importante para la salud del país y de los pacientes.

¿Qué rol puede tener la producción pública de medicamentos?

Es algo que puede ser una parte de la solución del problema, si efectivamente existe una política pública de salud que evalúa cuidadosamente cuáles y cuántos medicamentos pueden/deben ser producidos por el Estado. Países como Brasil, han tomado por ejemplo una decisión frente al problema de la accesibilidad a medicamentos para el VIH, de decir: “acá se producen medicamentos propios para que los precios no sean controlados por el mercado internacional”. Eso es una decisión política.

La contraposición absoluta entre público y privado es un problema artificial. Es decir, si el Estado decide controlar públicamente algo que le parece estratégico para el bienestar del país, el Estado debería garantizar una producción pública si su posición de contratación con el mercado privado no le permite garantizar medicamentos a un precio conveniente. En Italia por ejemplo, no hay producción pública de medicamentos, pero luego de muchas luchas, se ha incluido el precio de medicamento como una condición para que todos los medicamentos tengan un precio de referencia que garantice una accesibilidad adecuada.

¿Qué desafíos ve en el mundo para garantizar el derecho a la salud?

El primer desafío, es lo de mantener salud en el campo de los derechos. El ataque más fuerte, sistemático, que se hace con estrategias de manipulación del lenguaje, es el de sustituir el principio de salud como derecho con el concepto de salud como seguro. Si la salud es parte de la Constitución de los países, los medios para garantizar la salud son constitucionales son derechos fundamentales. Si son parte del derecho de los seguros, pueden ser obligatorios pero no son tan vinculantes como los derechos humanos. Como si en la constitución se prohíbe la tortura pero se permite la violencia justificada “por razones de seguridad”: en la salud es lo mismo. Pero ese problema, y es importante subrayarlo, es un problema que es parte de un ataque que se hace a todos los derechos constitucionales de los países. Salud es uno de esos derechos. Si uno dice, garantizamos salud pero económicamente se promueve la desigualdad, evidentemente la desigualdad produce enfermedad a pesar de tener medicamentos. La desigualdad es el factor más importante de pérdida de salud y de no recuperación de la misma. En los países europeos también se está perdiendo el concepto de salud como derecho fundamental.

¿Qué relaciones existen entre el neoliberalismo y el derecho a la salud?

El neoliberalismo en este momento se transforma en neocolonialismo por parte del mercado. Es decir, el mercado global se ha transformado en un poder colonial global que impone sus reglas económicas, y decide de transformar salud en un capítulo de la economía. Por definición, la economía no quiere ser juzgada con criterios de derecho, y pretende una impunidad. Eso es el gran ataque a nivel internacional. Recientemente en Alemania, en el Instituto Max Planck se ha hecho un seminario donde los expertos de derecho internacional dicen: el derecho internacional está en crisis por el hecho que está transformándose en una variable dependiente de la economía. Eso es el riesgo más importante del modelo neoliberal o poscolonial o como queramos llamarlo.

¿Qué estrategias considera posibles para resolver estos problemas?

El problema más grande es el de la soberanía. En un mundo que se pretende global, la globalización pretende quitar la soberanía a las democracias de los países. Salud es un indicador de democracia de un país. También podría serlo en el mundo. El problema crítico es cómo hacer coincidir los compromisos declarados con programas creíbles. Los planteamientos de las Naciones Unidas sobre los SDG (Sustainable Development Goals) representan en este sentido una trampa: se comprometen a reducir la pobreza a la mitad dentro del 2030, pero no se oponen a los programas económicos que andan en otra dirección. La desigualdad está aumentando, así como la polarización de los intereses.

La Argentina, que tiene una larga historia de luchas por la salud, se encuentra ahora con un problema muy importante, frente a las nuevas medidas económicas del actual gobierno que han sido muy dramáticas, en su relación con las transnacionales, las tasas, la dependencia de las finanzas. Una cultura de la salud que permita transformar el concepto mismo de salud en algo que debe pertenecer a todas las periferias, a las clases más marginalizadas, es un trabajo político que necesita otra dirección. Lo que la gente necesita es sencillo: garantizar salud como una herramienta de alfabetización a la democracia; garantizar el medio ambiente salubre, la menor desigualdad, una educación favorable. Es decir, los determinantes sociales y culturales de la salud. Estos son por lo menos tan importantes como los componentes estrictamente médicos-técnicos. Si hay solamente los componentes técnicos, como acceso a medicamentos, no se está garantizando salud. Se necesita un camino capaz de poder involucrar a todos los protagonistas de la sociedad y no solo a los médicos o los técnicos de salud.

“La desigualdad

es el factor más importante de

pérdida de salud

y de no

recuperación de la misma.”



“El problema más

grande es el de

la soberanía. En

un mundo que se

pretende global,

la globalización

pretende quitar

soberanía a las

democracias de

los países.”

ATRAPADOS POR EL MARKETING

■ Por Hernán Marmurek

¿Por qué una multinacional farmacéutica es capaz de vender cinco veces más un medicamento que es tres veces más caro mientras otra que ofrece el mismo producto más barato? En esta nota, Hernán Marmurek ofrece una respuesta: el poder de la publicidad, la influencia de los médicos y los vicios culturales del consumo.

Quisiera comenzar mi artículo invitándolo a realizar un ejercicio muy sencillo. Imagine va al mercado a comprar un producto y tiene que elegir entre dos marcas: la marca A cuyo precio es de \$150 y la marca B cuyo precio es de \$100. Ahora le propongo tomarse unos segundos, ser sincero consigo mismo y elegir cuál de las dos marcas elegiría si tuviera que optar por alguna.

Una parte de los lectores habrán optado por la alternativa más económica. Sin embargo, otra gran parte, si el ejercicio ha sido realizado con sinceridad, habrá optado por la marca más costosa. No tiene de qué avergonzarse si optó por la opción más costosa. Según demuestran las estadísticas de los grandes supermercados, las marcas líderes en ventas se comercializan a precios significativamente más altos que los de sus competidores.

Ahora imagine que hay un organismo público autárquico, reconocido internacionalmente por la calidad de su trabajo y equipo técnico, que certifica que las marcas A y B son similares. Si tenía alguna duda entre qué marca elegir, pareciera que ahora está todo mucho más claro. ¿Por qué pagaría de más si existe un organismo confiable que le asegura que ambos productos son similares?

Sin embargo, la realidad del mercado farmacéutico demuestra lo contrario. Si bien la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), un organismo de probado reconocimiento local e internacional, certifica que todos los medicamentos que se comercializan en el país cumplen con niveles de efectividad y calidad adecuados, muchas de las marcas que lideran las ventas de sus segmentos poseen precios significativamente más altos a los de sus competidores.

A modo ejemplificador, puede mencionarse el losartán, un antihipertensivo de amplio uso. Según datos de mercados²¹, Roemmers mediante su marca Losacor concentra más de la mitad de las ventas de losartán en el país. La presentación de Losacor 100 mg. x 30 comprimidos se comercializa en farmacias a \$442,34 y la de 50 mg. x 30 comprimidos a \$361,84. Estos precios son casi tres veces más caros que los del Laboratorio Lepetit, el cual también comercializa losartán bajo el nombre comercial Prisonil a \$166 la presentación de 100 mg. x 30 comprimidos y \$126 la de 50 mg. x 30 comprimidos. Podría enumerar como este, muchos casos más dentro del mercado local. En este momento, usted ya se estará preguntando cómo es que esto sucede. En primer lugar, la elección de qué medicamento comprar, raramente depende de cada uno. Si bien usted es quien lo va a utilizar, su poder de decisión es muy acotado en comparación con el del médico, su cobertura médica (si cuenta con alguna), la farmacia y, por supuesto, la industria farmacéutica. El mercado de medicamentos, como parte sustantiva de los mercados de la salud, exhibe estructuras de competencia imperfecta, con ciertas características tales como la capacidad de la oferta para crear o inducir su propia demanda, o el hecho de que, desde el punto de vista de la demanda, quien consume no elige, quien elige no paga y quien paga suele ser un tercero ajeno a la elección y consumición de los bienes.

Las marcas líderes en ventas se comercializan

a precios significativamente más altos que los de sus competidores.

Quien consume no elige, quien elige no paga y quien paga suele ser un tercero ajeno a la elección y consumición de los bienes.

Para explicar esto, les propongo ir por partes. Retomando el ejercicio inicial suponga que el producto del que estamos hablando es esencial para su salud, y que un profesional acreditado al cual usted ha ido a ver especialmente, le ha recomendado la marca A (la más costosa). Al llegar a la farmacia le ofrecen también la marca B (50% más barata) y le recuerdan que la ANMAT dice que son similares. Le pregunto muy sinceramente: ¿cuál sería su elección?

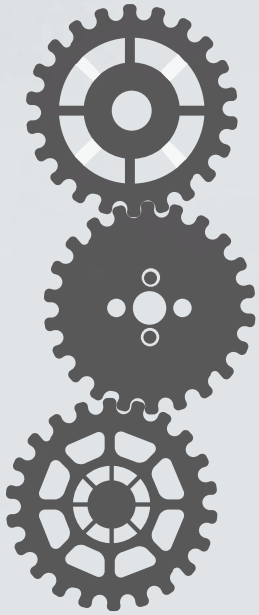
A diferencia de otros mercados, la industria farmacéutica es un mercado de demanda derivada o inelástica. Esto significa que a diferencia de la decisión de comprar un aceite, una remera, o un auto, decisiones que son tomadas por el consumidor, en el caso de los medicamentos la decisión de si hace falta o no comprar un medicamento, cuál y su forma de uso es realizada por un tercero, en este caso un médico, quien en la práctica posee información acotada y es blanco de poderosas campañas publicitarias por parte de la industria. No es difícil de entender por qué los laboratorios farmacéuticos destinan entre 30 y 50% de su presupuesto a acciones de marketing.

Si usted está seguro de que de ahora en adelante tiene que optar por la marca B, le propongo sumar un supuesto adicional. Imagine que a través de su cobertura médica (obra social o prepaga) tiene un descuento del 50% en el precio del medicamento. Como muestra la tabla X, la diferencia de precio pasa de \$50 a \$25, y ahora la marca A solo es un 25% más cara que la marca B. ¿Considerando que la marca A le ha sido recomendada por un profesional al que usted fue a buscar, y que ahora la diferencia de precios se ha achicado sustancialmente, igualmente usted optaría por la marca B?

Si usted es un amante del ahorro y todavía opta por la opción B, le hago una pregunta adicional: ¿y si ambos medicamentos fueran gratis? Numerosos medicamentos para enfermedades crónicas, son entregados en forma gratuita al paciente, incluso el PAMI a aquellos afiliados en situación de vulnerabilidad económica les entrega todos los medicamentos que necesiten sin costo alguno o por lo menos así fue hasta hace poco. Al ser el pago parcial o totalmente realizado por un tercero, los incentivos del médico y el paciente a optar por la opción más económica se reducen o directamente desaparecen, favoreciendo a los laboratorios que apuestan a la publicidad y el marketing para obtener ganancias extraordinarias. Finalmente, si usted comprende que igualmente alguien tendrá que pagar por el medicamento, y ese alguien directa o indirectamente termina siendo usted, y por lo tanto está convencido de ir a la farmacia y comprar la marca B, puede ser que vaya muy entusiasmado, pero no la encuentre, o mejor dicho, no se la ofrezcan. La ganancia del farmacéuta generalmente es un porcentaje del valor del medicamento, por lo tanto si dicho porcentaje es similar para ambas marcas, no tendrá ningún tipo de incentivo a ofrecerle la marca B. Sin embargo, puede que el laboratorio que hace la marca B le ofrezca un mayor porcentaje y compense o mejore la ganancia del farmacéuta por ofrecerlo. Así y todo, aparece una dificultad adicional, es muy posible que no pueda conseguir la marca B en tiempo y forma. Debido a la gran cantidad de productos y presentaciones disponibles en el mercado y a cuestiones financieras, las farmacias suelen mantener un stock bajo de medicamentos. Ello es factible gracias a una cadena de droguerías que dependiendo la ubicación de la farmacia pueden llegar a entregar hasta tres veces al día.

Justamente una de las grandes estocadas que lograron armar los laboratorios desarrolladores de marcas, tanto nacionales como multinacionales, a los laboratorios productores de genéricos que compiten ofreciendo medicamentos a precios significativamente menores, fue no permitir que estas droguerías les compraran. No hizo falta mucho esfuerzo para conseguir esto, dado que para las droguerías el transportar un camión lleno de medicamentos de marca tiene un valor y por lo tanto una rentabilidad muy superior al de un camión de genéricos. Sin mencionar el alto costo que les podría representar a dichas droguerías perder las líneas de crédito con los principales laboratorios nacionales y multinacionales. Esta medida no solo ha forzado a los laboratorios genéricos a armar su propia red de droguerías y distribuidoras, encareciendo su operación y dificultando su llegada a la farmacia, sino que también les impide de participar de los convenios de descuentos con obras socia-

La decisión de si hace falta o no comprar un medicamento, cuál y su forma de uso es realizada por un tercero, en este caso un médico, quien en la práctica posee información acotada y es blanco de poderosas campañas publicitarias por parte de la industria.



les y prepagas, ya que al no operar con estas droguerías no puede participar del sistema de liquidación. En una próxima ocasión profundizaremos sobre este tema.

En conclusión, las posibilidades de que al momento de elegir entre medicamentos similares, opte por uno sustancialmente más caro, se debe a que:

- Su médico, quien elige el medicamento, depende de los laboratorios para mantenerse formado, y quizás reciba algún otro beneficio personal.
- Usted, incluso si confiara en la ANMAT, con los descuentos de las obras sociales y prepagas, no tiene muchos incentivos a optar por la opción más económica.
- Las farmacias, tienen dificultades para acceder a las alternativas más económicas, y no queda claro que les sea rentable.

Si además consideramos que Argentina, a pesar de su elevado nivel de cobertura médica, no posee ninguna ley que regule el precio de los medicamentos, el combo explosivo ya está armado. Como se imaginará alguien tiene que pagar, y de fondo no está ni más ni menos que en riesgo el derecho constitucional a la salud de la población.

NUEVO ESCENARIO EN ESTADOS UNIDOS

TRUMP Y LA GRAN INDUSTRIA FARMACÉUTICA

■ Por Mario Rovere

Analizando la opinión del senador demócrata Bernie Sanders, se llega a la conclusión que el nuevo presidente tiene una contradicción esencial frente al negocio de los medicamentos: lo que dijo en campaña y lo que realmente está dispuesto a hacer.

El proceso electoral de los Estados Unidos ha dejado múltiples enseñanzas y sorpresas que abonan las poco productivas especulaciones del tipo “qué hubiera pasado si”. Entre esas sorpresas y entre las menos obvias, se encuentra la posibilidad que un candidato, que desde los estándares de Estados Unidos pudiera denominarse de izquierda, tuviera chances reales de llegar a la presidencia. Aún hoy se continúa afirmando que si Bernie Sanders hubiera llegado como candidato demócrata hubiera tenido mayores posibilidades que la propia Hillary Clinton.

Pero qué tiene que ver esto con lo que interesa a este primer número de nuestra revista. El tema es que el senador por el Estado de Vermont -límitrofe con Canadá- acaba de encarar como uno de sus temas de preocupación prioritarios el acceso y los precios de los medicamentos en una columna de opinión el 3 de febrero de este año en el Washington Post. Pensamos que vale la pena compartir algunas reflexiones de la nota porque uno podría pensar que lo que nos pasa a nosotros es porque somos un país relativamente pequeño en el concierto mundial y el poder de las empresas multinacionales es enorme. Pero sorprende a través de las reflexiones de la nota percibir que también un país como Estados Unidos puede quedar a merced de poderes supranacionales, especialmente si encuentran las complicidades imprescindibles como para no ejercer la capacidad regulatoria en uno de los mercados más “imperfectos” e “inelásticos” del mundo.

Estados Unidos puede quedar a merced de poderes supranacionales, especialmente si encuentran las complicidades imprescindibles como para no ejercer la capacidad regulatoria en uno de los mercados más “imperfectos” e “inelásticos” del mundo.

Nos referimos en jerga económica como “imperfectos” a aquellos mercados en el que el comprador no sabe a ciencia cierta lo que compra, e “inelástico” porque a excepción de la imposibilidad absoluta de pagarlo, hará lo imposible por hacerlo aunque los precios sean abusivos porque el comprador no conoce los riesgos de la no medicación ni mucho menos los precios de referencia.


El propio título de su nota expresa la dimensión política que el tema ha adquirido “co-brándole” al entonces candidato y ahora presidente de los EE UU una de sus promesas de campaña: ¿Tendrá Trump el coraje de frenar a la Gran Industria Farmacéutica? Al respecto recuerda en su nota que: “El presidente Trump y otros republicanos han hablado acerca de la codicia de la industria farmacéutica. Recientemente Trump dijo (acertadamente) que la Gran Industria Farmacéutica está poniendo en riesgo la vida de la gente”. Se trata sin dudas de un recurso retórico para llamar la atención de los lectores ya que inmediatamente expresa sus enormes dudas de que tal cosa ocurra: “Pero hablar es fácil, el asunto es: ¿tendrán realmente los republicanos el coraje de sumarse a mí y a muchos otros colegas para frenar a las compañías farmacéuticas y proteger a los consumidores norteamericanos, poniendo fin a la desgracia de ser un país que paga por lejos el más alto precio por la prescripción de drogas en el mundo? Si Trump cree lo que dijo acerca de la industria empujará a su partido para salvar vidas americanas”.

La argumentación parece un poco extrema, pero no lo es tanto si se considera la enorme penetración de las empresas farmacéuticas en la vida cotidiana de ese país llegando a ser el principal financiador por pauta publicitaria de los medios audiovisuales, promoviendo extensamente la automedicación y últimamente incluso disputando preferencias del público en temas tan engorrosos como terapias oncológicas. Sanders así lo argumenta: “Las cinco más grandes compañías farmacéuticas han ganado más de 50 billones de dólares en 2015. Mientras tanto cerca de 1 de cada 5 norteamericanos no puede pagar las medicinas que le fueron prescritas. El resultado: millones de norteamericanos se enferman más, algunos terminan en los servicios de emergencia a un enorme costo y otros, innecesariamente, pierden sus vidas”.


El alegato remata incluyendo una reflexión ética que seguramente no conmoverá a los CEOs de la industria farmacéutica: “Parece más allá de la sensatez, que mientras muchas personas están sufriendo y muriendo por no acceder a la medicación, los 10 ejecutivos mejores pagos de la industria han ganado colectivamente 327 millones de dólares en el 2015. Estos ejecutivos se enriquecen mientras los ciudadanos mueren, lo que es inadmisibles”. Pero cómo se llega a ésta situación, el propio columnista intenta explicarlo: “La raíz de este problema es que somos el único país desarrollado que no negocia ni regula el precio de los medicamentos”. Podemos dudar que sea el único, pero sin dudas es el más importante por el tamaño de su mercado interno.

Más adelante la descripción se vuelve tan cotidiana que uno empieza a pensar que está hablando de la Argentina: “Uno puede caminar de una farmacia a otra y el precio puede ser el doble o el triple por la misma medicina y no hay barreras legales para frenar estas arbitrariedades. Las corporaciones pueden subir los precios tanto como el mercado le permita: si la gente muere, no es su problema; si la gente está más enferma, tampoco”.

Como ya hemos mencionado, Sanders vive en un estado fronterizo y la comparación con el país vecino es inevitable: “A 75 km de mi casa en Vermont, la misma medicación fabricada por la misma compañía, en la misma fábrica, está disponible por apenas una fracción del precio. Noventa días de medicación de Januvia, para la diabetes, cuesta u\$s 505 en Estados Unidos y 204 en Canadá. Noventa días de Advair, para el asma, cuesta u\$s 464 en Estados Unidos y 222 en Canadá. Un año de medicación de Xtandi para el cáncer de próstata avanzado cuesta u\$s 130.000 en Estados Unidos y 30.000 en Canadá”. No puede evitar luego una referencia a señalar una paradoja que puede sin embargo ser controversial: “Adicionalmente nuestro gobierno, en consecuencia, nuestros contribuyentes, pagaron por la investigación que condujo al descubrimiento del Xtandi”.



“Uno puede caminar de una farmacia a otra y el precio puede ser el doble o el triple por la misma medicina y no hay barreras legales para frenar estas arbitrariedades.”





Básicamente el comentario es controversial porque el dinero, la riqueza que circula en los Estados Unidos y llega a las empresas y a los fondos de investigación a través del presupuesto público, serían imposibles de generar sin su posición dominante en el mercado mundial, que les permite no solo operar como un jugador privilegiado, sino incluso fijar las reglas de juego. En otras palabras, en última instancia todos los habitantes del planeta pagamos la investigación que se hace en Estados Unidos y haciendo coincidencia con su posición política podríamos esperar de Sanders que, mucho más allá de la lógica de las patentes, abonará porque el conocimiento capaz de resolver favorablemente un problema de salud deba convertirse en un bien público.

La idea que el ahora presidente no va a cumplir sus promesas de campaña deja más adelante en la nota de ser motivo de especulación: “Este estado de cosas es inaceptable y hasta hace muy poco Trump estaba de acuerdo. Sin embargo, después de una reunión con los lobistas farmacéuticos el presidente comenzó a cambiar su opinión: en lugar de negociar los precios de los medicamentos a la baja, ahora habla de reducirles impuestos, lo que significa billones de dólares en las espaldas de los consumidores”.

La columna de opinión del senador parece girar bruscamente ya que viene a sustentar un proyecto que parece poco probable que prospere, pero podemos coincidir que tendría al menos un efecto revulsivo o testimonial para poner en foco el problema. Se trata ni más ni menos que de autorizar que los norteamericanos puedan comprar medicamentos en y desde Canadá a los precios que los mismos se obtienen en ese país.

La baja probabilidad de que la propuesta prospere y el por qué no lo expresa también en la columna: “Las compañías, con sus aproximadamente 1.400 lobistas en Washington DC. y una enorme cantidad de donaciones para la campaña, resistirán”. “Las compañías farmacéuticas no declinarán fácilmente los billones de dólares de ganancia que reciben de los consumidores. La industria farmacéutica es una de las más poderosas fuerzas políticas de este país. Las compañías farmacéuticas han gastado más de 3 billones de dólares en lobby desde 1998 y tienen muchos miembros del Congreso defendiendo sus intereses; solo durante la elección del 2016 la industria superó los 58 millones de dólares en contribuciones políticas”.

Sin embargo, la nota deja en claro la convicción del autor que no se dará por vencido y aun conociendo las dificultades cree que la política logrará ponerse por encima de los intereses económicos para cumplir su rol de custodio del bien común de los ciudadanos: “Los receptores de esas contribuciones en el Congreso nos dirán que permitir la importación de drogas comprometería la seguridad de los ciudadanos. Esto es absurdo: ¿podemos comer pescado y vegetales de todo el mundo, pero no podemos importar prescripciones de la misma marca fabricadas por algunas de las más grandes compañías en el mundo desde un país avanzado como Canadá?. No tiene sentido. Más aún, los Estados Unidos importan cerca del 80% de los insumos clave de sus medicinas desde otros países, incluidos países en desarrollo como la India y China. De acuerdo a la Kaiser Health, 19 millones de estadounidenses han comprado medicamentos más baratos desde otros países. Para afrontar los gastos de sus medicamentos vitales han comprado on line, incluso de farmacias que no habían sido adecuadamente reguladas. Nuestra propuesta de hecho mejoraría la seguridad, garantizando que solo prescripciones provenientes de vendedores extranjeros autorizados por la FDA tales como las farmacias reguladas por el sistema de salud canadiense, puedan ser importadas, protegiendo a los ciudadanos de algunos de los riesgos actuales. El proyecto aborda también el aspecto más crítico de la seguridad”.

La nota culmina con una convocatoria amplia a que la política le ponga el cascabel al gato apelando a una ironía “los medicamentos no tienen ninguna eficacia terapéutica si los pacientes no pueden comprarlos”. Ponerle control político a los agentes económicos globalizados continúa siendo el desafío de la época y para ello no nos sobran aliados.

Ponerle control

político a los

agentes

económicos

globalizados

continúa siendo el

desafío de la época

y para ello no nos

sobran aliados.

LOS MEDICAMENTOS EN LA ERA DE LA POSVERDAD

■ Por Joel Lexchin

La industria farmacéutica ha estado cerca o en la cima de la lista de rentabilidad por muchas décadas. El mito es que esas ganancias provienen de la producción y venta de los avances terapéuticos generados por la industria de la investigación, pero la realidad es muy diferente.

Del éxito de taquilla al éxito de nicho

Hasta hace pocos años la industria farmacéutica se enfocaba en el desarrollo de drogas para enfermedades crónicas que fueran frecuentes en países desarrollados, como las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y luego las comercializaba fuertemente con la expectativa de recaudar anualmente miles de millón de dólares en ventas. Recientemente, ha habido un alejamiento de este modelo, hacia un modelo de “nicho” o nichebuster donde las compañías apuntan a los pequeños mercados terapéuticos con drogas que pueden vender por cientos de miles de dólares por paciente al año. En este sentido, la industria farmacéutica no es diferente a otras que operan en una economía capitalista. Los precios están basados en lo que el mercado pueda tolerar y cuanto más desesperados se encuentren los pacientes más alto será el precio que estarán dispuestos a pagar por una medicación.

La corrupción en el proceso regulatorio de medicamentos

Para que las compañías puedan comenzar a hacer dinero con las drogas que producen, éstas deben ser previamente aprobadas para su comercialización, pero la regulación de medicamentos se ha visto corrompida por la influencia de la industria farmacéutica. Según los críticos de la industria farmacéutica británica Courtney Davis y John Abraham “La regulación estatal ha surgido y se mantiene, asumiendo que los intereses de la industria farmacéutica y de la salud pública no siempre convergen. Por otra parte, en los últimos treinta años se han visto una gran cantidad de reformas “desregulatorias”, que ostensiblemente promueven que la innovación farmacéutica o “nuevos fármacos” considerará simultáneamente los intereses comerciales de la industria y los intereses de salud de los pacientes”.

De quince agencias reguladoras consultadas (entre ellas: alemanas, suecas e inglesas), cinco acordaron que los tiempos de aprobación de Agencia Europea de Medicamentos son una amenaza para la salud pública y otros cinco consideraron que posiblemente lo sean.

¿La propiedad intelectual es un “derecho”?

Los derechos de propiedad intelectual (DPI), en la forma de patentes, son un factor clave para lograr dividendos y ganancias para las compañías farmacéuticas. Cuanto más fuertes son los DPI de un país, más largo el tiempo que la compañía mantiene el monopolio sobre sus productos y más cantidad de dinero puede obtener de ellos. Por lo tanto, no debería sorprendernos que la industria farmacéutica intente a toda costa, no solo proteger los DPI sino también fortalecerlos.

La industria farmacéutica tiene una historia de más de tres décadas de lobby exitoso para lograr DPI más fuertes, comenzando por las charlas de comercio ocurridas en la “Ronda

“La regulación estatal ha surgido y se mantiene, asumiendo que los intereses de la industria farmacéutica y de la salud pública

no siempre

convergen.”



Existe evidencia de que no todos los datos de los ensayos clínicos son puestos a disposición de las agencias reguladoras (como ANMAT o FDA) y que a veces estos datos se presentan en forma engañosa.

de Uruguay” que finalmente dieron lugar al nacimiento de la Organización Mundial de Comercio (OMC). El resultado en 1994, fue el acuerdo ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) que determinó estándares uniformes de patentes para todos los países miembros de la OMC, estableciendo patentes por 20 años para los productos farmacéuticos y limitando el uso de las licencias obligatorias como herramienta para acelerar la aparición de productos genéricos. El objetivo de la industria farmacéutica era que todos los países adoptaran los mismos DPI que en EEUU, sin tener en cuenta su grado de desarrollo o su capacidad para proveer a la población medicamentos a precios accesibles. Desde entonces, los EEUU y la UE han utilizado el acuerdo ADPIC como base mínima para determinar un estándar de DPI aceptable, y han intentado fortalecerlos mediante la incorporación de disposiciones nuevas y más restrictivas en los acuerdos comerciales posteriores.

Controlando el conocimiento

Cuando los ensayos clínicos, es decir estudios que se realizan para evaluar la seguridad y eficacia de un medicamento, fallan en alguno de estos dos objetivos, pueden afectar dramáticamente la venta de los mismos. En julio de 2002, los resultados del ensayo “Iniciativa por la Salud de las Mujeres”, arrojaron que la combinación de estrógenos y progesterona para la Terapia de Reemplazo Hormonal, aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y de cáncer de mama en mujeres posmenopáusicas. Hacia junio de 2003, la prescripción de Prempro®, la combinación estrógeno/progesterona más vendida, había caído un 66% en los EEUU. Para evitar estos escenarios y continuar aumentando sus ganancias, las compañías comenzaron a controlar no solo el desarrollo de las nuevas drogas sino también el conocimiento acerca de ellas, asegurando así que fuera ese el único mensaje que llegue a los médicos y pacientes.

Existe evidencia de que no todos los datos de los ensayos clínicos son puestos a disposición de las agencias reguladoras (como por ejemplo ANMAT o FDA) y que a veces estos datos se presentan en forma engañosa. El laboratorio Merck no proporcionó en tiempo y forma a la FDA los datos de mortalidad resultantes en dos ensayos clínicos que evaluaban el uso de rofecoxib en pacientes con Alzheimer o deterioro cognitivo. El laboratorio GlaxoSmithKline presentó datos a la FDA sobre el salmeterol para tratamiento del asma que aparentaban disminuir los riesgos asociados a la droga.

El *ghostwriting* (escritura fantasma) hace referencia a la práctica a través de la cual las compañías, u otra persona en su nombre, contratan escritores médicos para escribir un artículo “científico” o una editorial, basado en datos provistos por la compañía. El artículo luego es derivado a un investigador académico que se presta a firmarlo, habitualmente a cambio de dinero o por el prestigio de tener una nueva publicación a su nombre. Cuando el artículo finalmente sale publicado, no hay rastros del rol que tuvo aquel “escritor fantasma” quien originalmente escribió el artículo.

Existen numerosos ejemplos de publicación selectiva por parte de la industria de los ensayos clínicos con resultados negativos. De 37 estudios de antidepresivos que la FDA evaluó como negativos o cuestionables, 22 nunca fueron publicados. Esta falta de publicación de datos puede llevar a sobrestimar la efectividad de un producto y a subestimar sus riesgos o efectos adversos.

Finalmente las compañías reconocen que existe una brecha de credibilidad cuando presentan la evidencia de sus productos directamente a los médicos. Para sortear este problema, contratan médicos e investigadores reconocidos como Líderes de Opinión. Sin embargo, cuando estos líderes comienzan a actuar en forma independiente, desviándose del mensaje que la compañía pretende cultivar, pierden su valor para la empresa. Un Líder de Opinión realizó un estudio de casos sobre un medicamento producido por una compañía para la cual trabajaba como expositor, mostrando que éste resultaba menos favorable que el de la competencia. Cuando ese informe fue publicado, las invitaciones que recibía para dar charlas cayeron de seis a cuatro por mes a básicamente ninguna.

Conclusión

El economista inglés Alan Maynard, en un artículo que no fue publicado, apunta: “La teoría económica predice que las compañías invertirán dinero en la corrupción de la evidencia base siempre que sus beneficios superen sus costos. Si su detección es costosa para los reguladores, es esperable que la corrupción de la base de evidencia sea amplia. La inversión dirigida a sesgar la base de evidencia, tanto clínica como económica, de productos farmacéuticos tiende a ser detallada y completa, cubriendo todos los aspectos del proceso de evaluación. Esta inversión suele ser muy grande ya que los debates científicos y normativos suelen ser técnicos y esotéricos, haciendo que su detección sea difícil y costosa”.

Las compañías farmacéuticas no son solamente ricas, sino que su riqueza las hace extremadamente poderosas. Han logrado la colusión activa tanto de las autoridades reguladoras como de los gobiernos que las deben supervisar. La aplicación de aranceles significó que los intereses comerciales reemplazan a la salud pública como prioridad para organizaciones como la FDA. En el camino, los medicamentos son aprobados con evidencia crecientemente débil obteniendo como resultado terapias de baja calidad y mayores problemas de seguridad con las drogas que se comercializan. El fortalecimiento de los DPI a través de negociaciones de comercio internacionales y bilaterales protege las ganancias de las empresas pero implica que el acceso global a los medicamentos esenciales se vea restringido, especialmente en los países en desarrollo. Finalmente, la industria es capaz de manipular el conocimiento acerca del valor y calidad de los medicamentos en detrimento del saber de los médicos y, más importante, en detrimento de la salud pública.

LEYES CLAVES PARA DEFENDER LOS ALCANCES DEL SISTEMA DE SALUD

¿REGULADOS O EN MANOS DEL MERCADO?

■ Por Agrupación Raúl Laguzzi

El cambio de gobierno nacional significó también un cambio de paradigma en la producción y distribución de los medicamentos. Leyes fundamentales como el Sistema Nacional de Trazabilidad Obligatorio y la Guía de patentabilidad están en peligro y ponen en riesgo los alcances del sistema público de salud.

La estructura organizativa que da marco a la salud es el llamado Complejo médico – industrial – financiero asegurador. Tres fuertes columnas sostienen este sombrío y apocalíptico sistema de salud: la biotecnología, el sistema asegurador (llamado Cobertura Universal de Salud – CUS- en este momento) y por último, la tercer columna, la industria farmacéutica. Dedicaremos algunos comentarios a esta última y a su proceso de adaptación para correrse de una concepción de medicamento como bien social y transformarse en una herramienta fundamental para la concentración de divisas.

La desregulación, no es solo estatal

Desde la época de los ´90, en todos los aspectos, y la salud no puede ser excepción alguna, todo pasa por la hegemonía del capital financiero. La producción es reemplazada por la especulación. Nada mejor para liberar la especulación, que desregular. Es marcada la radicalización de los laboratorios al momento de crear estrategias de comunicación dirigidas a los usuarios en forma directa mientras que se redefinen nuevas enfermedades y se presiona a entes regulatorios para la aprobación de nuevos fármacos.

Tres fuertes columnas sostienen este sombrío y apocalíptico sistema de salud: la biotecnología, el sistema asegurador (llamado CUS en este momento) y por último, la tercer columna, la industria farmacéutica.

La farmacia de oficina es considerada el último eslabón de la cadena, es la que establece un contacto directo, permanente y personalizado con el paciente.

La farmacia de oficina, que está considerada el último eslabón de la cadena, es la que establece un contacto directo, permanente y personalizado con el paciente. Cuando una persona solicita ayuda profesional sobre una dolencia o es prevenido sobre medicamentos mal ingeridos o dosis mal administradas, la farmacia y el farmacéutico aporta al éxito del tratamiento y la cura del paciente. Estas consultas permanentes en las farmacias de todo el país deja cabalmente demostrado la importancia sanitaria de las mismas. No por casualidad es que durante la era menemista, la farmacia oficial fue herida de muerte y aún hoy cuesta la recuperación. Causante de esa situación fue la desregulación de la actividad que permitió la venta de medicamentos en supermercados, kioscos y almacenes como así también la venta callejera con los riesgos que eso conlleva ya que se pierde el control del canal normal del medicamento, su conservación y fecha de vencimiento.

Por tal motivo se comenzó la lucha por devolver el medicamento a su hábitat natural, que es bajo la custodia del profesional farmacéutico, y en diciembre de 2009, se promulga la ley 26.567 en todo el territorio de la Nación “Medicamentos solo en farmacias”. Sin embargo, la ley fue vetada en Capital Federal por el entonces Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Mauricio Macri, después de que esta ley fuese aprobada en la Legislatura porteña. No desconocemos la relación del jefe del PRO con el lobista de marketing farmacéutico Juan Tonelli, integrante de la Cámara Argentina de Medicamentos de venta libre (CAPEMVeL), quedando perfectamente clara la intencionalidad de ambas partes para flexibilizar los controles y aumentar el consumo desmedido de medicamentos.

Esta situación ha permitido que la imagen del medicamento como bien social sea desvirtuada, sumado a las poderosas campañas publicitarias de laboratorios pertenecientes a multinacionales monopólicas que desde una pantalla de televisión invitan al consumo desmedido de un medicamento con mensajes atractivos y harto engañosos. Esa es otra situación donde el farmacéutico en su mostrador brinda información veraz y responsable luchando diariamente contra el bombardeo mediático.

El peor escenario posible para el medicamento y la salud de la población ha sido su adulteración y falsificación, proliferación de laboratorios clandestinos, tráfico y robo de medicamentos legales puestos nuevamente en circulación en el mercado negro para ser vendidos en los canales ilegales, falsificación de troqueles por parte de algunas obras sociales y entrega de medicamentos falsos oncológicos a sus afiliados. En ese marco es que, en abril de 2011, la Presidenta de la Nación Cristina Fernández de Kirchner establece en todo el territorio nacional la implementación del Sistema Nacional de Trazabilidad obligatorio para laboratorios, droguerías, hospitales y farmacias. Tal sistema permite un seguimiento pormenorizado desde la elaboración misma del medicamento hasta que finalmente llega a manos del paciente.

Sin embargo, en septiembre de 2016, el ministerio de Salud de la Nación flexibilizó y eliminó del Sistema de Trazabilidad los controles sobre 93 principios activos, de mayor rotación en el mercado. Se suma a esta afrenta, el aumento de las importaciones impulsado por este gobierno mediante la Resolución N° 56 del Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI), que da vía libre a la introducción en el país de patentes de laboratorios extranjeros en detrimento de los nacionales.

El otro tema fundamental que caracteriza la realidad, donde se pone en juego si el derecho es de los ciudadanos o es de la industria multinacional, es el tema de las patentes. El principal impedimento para el acceso universal al medicamento es la normativa de protección de la Propiedad Intelectual, que permite que las compañías farmacéuticas establezcan precios excesivos, los cuales ponen en riesgo los presupuestos de salud de los programas nacionales para la provisión gratuita de medicamentos y el acceso a los mismos como bien social. La industria farmacéutica ha convertido en práctica usual el abuso del sistema de patentes, a través de diferentes mecanismos (por ejemplo: *evergreening*¹⁰), desfavoreciendo la innovación e impidiendo el acceso de la población más vulnerable a su tratamiento. Por este motivo Argentina, durante el gobierno de Cristina Fernández de

Kirchner, había creado estándares y criterios estrictos para examinar las patentes en el sector farmacéutico (Guías de patentabilidad) y había impedido con éxito el otorgamiento de varias patentes. Esto permitió la existencia de genéricos en el mercado y la reducción de los precios de medicamentos, lo que a su vez evita los monopolios. La examinación rigurosa es vital para proteger a los pacientes y los sistemas de salud de los monopolios de drogas esenciales. La fortaleza de un país radica en un organismo estatal responsable de la aplicación de las leyes de protección de la Propiedad Intelectual, con personal entrenado y capacitado, normas y leyes que avalen sus decisiones y un gobierno con políticas de estado que proteja la Salud Pública por encima de los intereses económicos de los grandes grupos concentrados.

A fines de 2015 nos encontramos con un juicio que le iniciaron los laboratorios multinacionales representados por CAEME (Cámara Argentina de Especialidades Medicinales que representa las grandes multinacionales farmacéuticas) al Estado Nacional por su Resolución conjunta 18/2012, 546/2012, 107/2012 del Ministerio del Interior, Ministerio de Salud y el INPI (Guías de patentabilidad). La demanda ataca las políticas a favor de la salud pública y en defensa de la población que llevó a cabo el Estado a través de la implementación de las guías.

El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) se presentó como Amicus Curiae en la demanda de CAEME contra el Estado Argentino. También se presentó la Fundación Grupo Efecto Positivo (FGEP) como tercero interesado. El CELS expuso un análisis de los estándares internacionales que abordan la accesibilidad a los medicamentos como un componente esencial para la satisfacción del derecho a la salud, en términos igualitarios y sin discriminación, destacó que la protección de la propiedad intelectual sobre los medicamentos implica el establecimiento de un monopolio legal sobre su fabricación, distribución y comercialización, lo que a su vez redundaría en un aumento de precios y una menor accesibilidad con demora de la entrada de versiones genéricas al mercado “y que los derechos de propiedad intelectual sobre productos farmacéuticos tienen un importante efecto en el establecimiento de los precios de medicamentos”.

La adopción de criterios estrictos de patentabilidad es parte del derecho que Argentina posee de hacer uso de salvaguardas de salud previstas en el acuerdo sobre los ADPIC¹¹ de la OMC (Organización Mundial del Comercio), o sea, soberanía nacional en medicamentos. Veremos quién gana en esta puja de poderes: si las grandes empresas multinacionales con apoyo del gobierno o la salud pública en su rol protector de los derechos de los ciudadanos. Para esto es fundamental, transmitir el concepto de salud como derecho, dentro de ello, el medicamento con su uso racional como derecho, pues el único derecho que se reclama, es el que se conoce.

LA MEDICALIZACIÓN INFANTIL

■ Por Gabriela Dueñas

Actualmente en Argentina, nos aterrorizamos del supuesto aumento del consumo de sustancias ilegales, mientras invisibilizamos el enorme consumo de sustancias psicoactivas legales. La pregunta es: ¿por qué esa disparidad abismal para medir la dimensión de uno y otro problema?

Resulta oportuno comenzar este artículo advirtiendo que, en estos tiempos actuales y en el marco de una sociedad globalizada como la que nos toca vivir, nuestro país transita un escenario plagado de contradicciones que complejizan la discusión por una salud mental más justa, menos atada al mercado y con el eje puesto en la salud como derecho.

Argentina, durante el gobierno de Cristina Kirchner, había creado estándares y criterios estrictos para examinar las patentes en el sector farmacéutico y había impedido con éxito el otorgamiento de varias patentes.



La patologización y medicalización actuales de los malestares infantiles pone sus derechos “en juego”.



Desde esta perspectiva, se observa con gran preocupación cómo mientras profesionales de la salud mental y otros sectores afines, entre ellos, diversos colectivos que en nuestro país se encuentran abocados a promover los derechos de las infancias y adolescencias, denuncian cómo la industria farmacéutica incita el consumo de drogas psicoactivas en niños y adolescentes, no pocas corporaciones ligadas al “poder médico psiquiátrico hegemónico” insisten en cuestionar y obstaculizar la plena implementación de la legislación nacional vigente en materia de Salud, Salud Mental y Adicciones con el auspicio, como siempre, de importantes laboratorios multinacionales de psicofármacos.

Al respecto, resulta interesante observar que en estos momentos en que en Argentina se trata la cuestión del narcotráfico como un tema de primerísimo interés en la agenda mediática, y al mismo tiempo (¿o como consecuencia?) en la agenda social, existen más de 3 millones de argentinos que diariamente consumen psicofármacos¹², y entre ellos, y esto no es un “asunto menor”, cada vez más niños, niñas y adolescentes.

Sin dudas que la respuesta a este contrasentido no la debemos buscar en el plano sanitario. Resulta oportuno sin embargo, señalar que son numerosos los estudios que desde el campo de la salud y otros afines, vienen hace ya tiempo refiriendo con preocupación a este fenómeno como una tendencia en franco incremento a “patologizar y medicalizar” los malestares psicosociales actuales. Atentos a sus alcances e implicancias, advierten a la vez que el problema resulta aún más grave cuando avanza sobre la niñez y la adolescencia, mientras nos convocan a preguntarnos, si el mismo no debiera ser considerado como una suerte de violencia simbólica, pero también real, que sociedades como la nuestra ejercen en estos tiempos sobre niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad psicosocial, teniendo en cuenta que, impulsados por las lógicas del mercado de la industria farmacéutica, el tipo de prácticas médicas que por esta vía se promueven sobre ellos -y “por su propio bien”- suponen un “abuso de poder” que los toma como “objeto de tratamientos”, mientras se silencia su sufrimiento apelando a dispositivos químicos y de disciplinamiento que vulneran, entre otros, su derecho a “ser escuchados”.

¿A qué referimos con “patologización y medicalización” de los malestares de la vida y de las infancias actuales? Sería una actitud necia negar los progresos. En el campo específico de la salud mental por ejemplo, la llegada de los psicofármacos marcó un antes y un después incuestionable. Lo que en su lugar aquí se considera necesario poner en cuestión con el concepto de “medicalización” es una tendencia que, apoyada en concepciones de fuerte sesgo biologicista e innatista, en los últimos tiempos parece avanzar con intenciones hegemónicas, no solo ya sobre la población en general, sino ahora también sobre la niñez y adolescencia, reduciendo para esto de manera científicamente injustificable, complejas problemáticas socio-familiares y escolares a la idea de que todas ellas se tratan en realidad de “supuestas” deficiencias o trastornos neurocognitivos de etiología genética portados por los niños. Y que por esta razón, la única solución posible que se les propone entonces, parece limitarse a tratamientos médicos, centrados en la administración de drogas psicoactivas, que se acompañan a la vez de toda una serie de procedimientos complementarios de “adiestramiento conductual”, que alcanzan incluso el campo de lo escolar, sin que se consideren en relación a este tipo de intervenciones -y entre otras cuestiones- sus marcados efectos “estigmatizantes”.

No pocos profesionales del campo de la salud mental parecen haber quedado sometidos a un doble imperativo biológico y de seguridad, de modo que -regidos por estas lógicas- su principal objetivo parece orientado en los últimos años solo a detectar y perseguir la anomalía psíquica de la misma manera en que se detecta una enfermedad orgánica. De esta manera, y a modo de ejemplo paradigmático del fenómeno de la patologización y medicalización de las infancias actuales, vemos como se suelen tratar como “enfermos”, rotulados de “TDAH”, a muchos niños, niñas y adolescentes que se rebelan contra el sistema escolar, y a los que se les suministra ritalina para lograr disciplinarlos, mientras se cierran los ojos ante toda una serie compleja de determinaciones de su malestar, desconociéndose para esto la incidencia de factores socio afectivos, culturales, económicos, familiares y pedagógicos.

gicos puestos “en juego” en los modos de expresión que éstos ponen de manifiesto a través de su desatención e hiperactividad en las aulas.

La niñez y adolescencia “discapacitada mental”

Asimismo, resulta preocupante observar en relación a esta problemática el significativo incremento de niños y jóvenes portando “certificados de discapacidad” por “trastornos mentales” de distinto tipo. Todo hace pensar que éstos han pasado a ser un dispositivo clave en estos procedimientos a los que con llamativa ligereza parecen apelar ahora muchos profesionales capturados por estos discursos medicalizadores, y a los que se les vienen sumando en los últimos años algunas asociaciones de padres y familiares organizados en torno a los respectivos “trastornos mentales” con los que han sido “etiquetados” sus hijos como TDAH, TGD, TEA, DEA, RM, etc. Cuestión ésta que nos remite por su parte a considerar el uso de un nuevo término, el de la “biomedicalización”¹³, al que se está apelando últimamente para explicar un nuevo giro dado en los últimos años en estos procesos de “medicalización de la sociedad”.

Tratándose de niños, las campañas de comercialización se focalizaron en los padres y maestros. En países latinoamericanos, advierten, se observa la utilización de campañas de concientización de enfermedades usando los medios masivos de difusión pero sin nombrar la medicación, y presentaciones en ámbitos educativos o en programas de radio o TV donde “expertos” en el tema “educan” a la audiencia para que sean capaces de identificar los síntomas.

Estos espacios de información son mantenidos inclusive por organizaciones gubernamentales y ONGs que ofrecen a los usuarios a suscribirse para recibir noticias y actualizaciones sobre distinto tipo de “trastornos”, “síndromes” o “deficiencias cognitivas” como el TDAH, el TGD, el TEA y ahora también la re-editada “dislexia” a la que ahora se la explica a partir de una supuesta deficiencia cromosomática.

La industria farmacéutica brinda también apoyo financiero a asociaciones de padres y de pacientes para que difundan sus trastornos a través de distintos sitios en la red. Inmersos en estas circunstancias, aquellos niños, niñas y jóvenes que presentan modos de ser y estar en el mundo, de jugar, comunicarse y aprender “diferentes” a las expectativas normativas de una sociedad que parece tener estandarizados los patrones de lo que se considera “normal”¹⁴, aparecen signados por el fantasma del “fracaso escolar”, y estrechamente ligado a éste, a modo de profecía, el de su exclusión “a futuro” en lo social y en lo económico. Se inicia entonces un proceso que, a partir de la estigmatización, potencia las dificultades para tomar conciencia de las posibilidades que supone la niñez, en tanto sujetos en pleno devenir, y por consiguiente de las estrategias a las que se pudiera apelar para promover un desarrollo más completo de las mismas, simplificándose a la vez las complejidades de la vida psíquica infantil.

Asimismo, determinados sentidos y modos de comprensión de un “problema” quedan relegados así a un plano secundario que habilita el pasaje de la descripción de “síntomas” a la determinación de supuestas “patologías”.

De este modo, el predominio del modelo médico biologicista-reeducador, en el cual la medicación, con frecuencia acompañada de “programas multidisciplinares de adiestramiento conductual”, aparece como “la solución” a un hipotético déficit orgánico portado desde el nacimiento, opera, como se anticipaba, a modo de “obturador” de toda relación e interrogación que habilite la posibilidad de poder “escuchar” al niño, niña u adolescente, invisibilizándose incluso, de esta manera, y en no pocas ocasiones, diferentes situaciones socio afectivas que le ocasionan sufrimiento psíquico.

Atentos a estos aportes, ningún profesional de la salud debiera entonces quedarse tranquilo cuando se diagnostica algo supuestamente orgánico sin que ni siquiera existan test de laboratorios o estudios por imágenes, establecidos y confiables que los corroboren, y

En Argentina unas 3.303.629 personas (el 18% del total de población nacional), de entre 12 a 65 años hicieron uso de tranquilizantes o ansiolíticos. Los más utilizados para calmar nervios o para poder dormir son valium, lexotanil, alplax u otros.¹²



En el mercado farmacéutico argentino hay una oferta de más de 10.000 presentaciones comerciales y cerca de 2000 principios activos.

en su lugar, se proceda a reducir diversas problemáticas a observaciones impregnadas de posibles prejuicios, escalas de conducta muy poco objetivas, demasiado dependientes de preconceptos de los padres y de los profesionales intervinientes, tareas de ejecución y tests psicológicos de validez incierta, etcétera.

Por último, un asunto no menor que no podemos dejar de considerar en relación a lo que anticipábamos, es que este tipo de abordajes induce a las “adicciones” en la medida que la “solución” rápida que se les propone para todo tipo de dificultades y/o malestares escolares, familiares o sociales parecen venir de la mano de alguna “pastillita mágica”.

En función de lo expuesto, parece necesario que los profesionales que nos abocamos a la niñez y adolescencias tengamos presente que, por sobre todas las cosas, nuestra prioridad siempre y en todo momento, tanto desde el ámbito de la salud como desde lo social y la educación, debiera ser “escuchar” al niño u adolescente, cómo éste pueda expresarse, de modo de poder “entender” lo que le puede estar pasando y así “atenderlo” como se merece, respaldándonos para esto en toda la nueva legislación vigente a nivel nacional. De ahí la necesidad de conocerla y remitir a ella al revisar nuestra praxis.

Necesitamos romper con el discurso dominante que estructura una realidad naturalizada y ahistórica. Lograr un profundo replanteo de nuestras miradas y discursos desde una praxis vinculada a las necesidades y sufrimientos de la población. Desde esta perspectiva se nos impone entonces una reflexión crítica que inscriba en un plano histórico nuestro que-hacer, revirtiendo la cultura mercantilista que encierra, silencia y excluye a nuestros niños niñas y adolescentes, de modo de poder construir colectivamente dispositivos inclusivos, subjetivantes, que garanticen el derecho a vivir una infancia, una juventud, amparada por un mundo adulto que logre alojarla, contenerla, propiciarla. Derechos todos esenciales para la construcción de una ciudadanía plena.

EL USO Y LA DISTRIBUCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

GARANTIZAR EL ACCESO PARA SALVAR VIDAS

■ Por Ruben Sajem

Los medicamentos esenciales son aquellos que ayudan a satisfacer los problemas prioritarios de la población. Deben estar disponibles y garantizados por los sistemas de salud, para que siempre sean accesibles para quien los necesite: “a un precio que los individuos y la comunidad pueda pagar”; advierte la Organización Mundial de la Salud. ¿Cuál es el rol de las farmacias en esta cadena?

“Cuando están disponibles, son asequibles, poseen una calidad garantizada y se usan de modo apropiado, los medicamentos esenciales salvan vidas y mejoran la salud.” Con esta afirmación comienza un documento de la OMS que analiza las perspectivas políticas para el acceso equitativo a los medicamentos.

¿Cuántos son los medicamentos esenciales? Un primer listado, confeccionado por la OMS en 1977, incluía 208 medicamentos. En la actualidad, la lista comprende 340 medicamentos para tratar enfermedades prioritarias, tanto infecciosas como crónicas aunque los listados varían de acuerdo a cada región o cada país. Sin embargo, muchas veces las poblaciones no pueden acceder a los medicamentos esenciales.

La necesidad del uso racional

Aquí debemos marcar un contraste, entre la imposibilidad de acceso a los medicamentos en algunos sectores de la población, y la sobreoferta y el consumo irracional de medicamentos.

Contraste:

- Dificultades para acceder a ciertos medicamentos esenciales por parte de la población.
- El uso irracional de los medicamentos.

En el mercado farmacéutico argentino hay una oferta de más de 10.000 presentaciones comerciales y cerca de 2000 principios activos¹⁵. Estos datos son muy importantes porque se ha comprobado que a mayor disponibilidad de presentaciones comerciales de medicamentos, mayor número y variedad de los mismos se prescriben¹⁶.

En nuestro país, entre un 25% y un 30% del gasto nacional en salud está destinado a los medicamentos, un gasto muy elevado en comparación con otros países.

Hay otro contraste que debemos considerar:

- El uso racional del medicamento.
- El medicamento como un bien de consumo.

En nuestro país, la difícil realidad de quienes no pueden acceder a ciertos medicamentos contrasta con el uso excesivo e inadecuado que otros hacen de ellos. El uso irracional de los medicamentos causa daño individual y social. Por ejemplo, una de las consecuencias a nivel social del uso incorrecto de los medicamentos es el aumento de la resistencia de los microorganismos por el mal uso de antimicrobianos y los efectos del consumo excesivo de benzodiazepinas. Además, afecta la economía de los sistemas de salud.

- De los medicamentos a los que tiene acceso la población, la mitad son prescritos o dispensados incorrectamente.
- Cerca del 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no realiza correctamente el tratamiento farmacológico (muchas veces por falta de información sanitaria).
- Entre el 4 y 5% de los ingresos hospitalarios ocurren por efectos adversos de los medicamentos que serían prevenibles.
- Cerca del 30% de las consultas de emergencia se deben a problemas relacionados con medicamentos¹⁷.

El medicamento como objeto de consumo

Fármaco proviene del griego *pharmakon*, que significa remedio, pero también veneno: todos los fármacos tienen efectos adversos, que se deben considerar, además de promover su uso adecuado.

¿Por qué se consumen tantos medicamentos en forma inadecuada? Más allá de los evidentes intereses económicos, muchas veces se pretende reemplazar una atención sanitaria de calidad por el simple suministro de medicamentos, sin brindar ni siquiera la información imprescindible para su uso correcto.

En efecto, consumir demasiados medicamentos no es algo de por sí beneficioso, y puede estar ocultando los déficits del sistema sanitario y el acceso de la población a una atención sanitaria real, que le brinde la información y los tratamientos necesarios.

Como advertía el sociólogo Zygmunt Bauman: “El consumo puede ser como patinar sobre hielo delgado: se busca salvarse con la velocidad; cuando la calidad no da sostén, busca-

Es necesario, a la vez que garantizar el acceso, promover el uso adecuado de los medicamentos, brindando la información necesaria con parámetros éticos, lógicos y científicos.

Esto es parte del derecho a la salud.

En nuestro país, la difícil realidad de quienes no pueden acceder a ciertos medicamentos contrasta con el uso excesivo e inadecuado que otros hacen de ellos.

mos remedio en la cantidad”.

Es necesario, a la vez que garantizar el acceso, promover el uso adecuado de los medicamentos, brindando la información necesaria con parámetros éticos, lógicos y científicos. Esto es parte del derecho a la salud.

Los farmacéuticos y las farmacias

Los sistemas de salud están evolucionando hacia estrategias de Atención Primaria. Dentro de estas estrategias está la de disponer de la mayor cantidad posible de puertas de acceso. Las farmacias pueden cumplir este papel por su amplia distribución geográfica y su inserción comunitaria: son lugares de confianza donde se pueden realizar las consultas sin ningún tipo de barreras socioculturales. Son espacios amigables, a diferencia de otros ámbitos del sistema sanitario que pueden ser más expulsivos.

- Existen 15.000 farmacias distribuidas en todo el país.
- Las farmacias argentinas atienden 45 millones de personas cada mes.
- En las farmacias se realizan 4 millones de consultas sanitarias por mes.
- Los farmacéuticos brindan una hora diaria de trabajo profesional gratuito para atender estas consultas¹⁸.

Medicamentos de marca: los “fetiches” que ocultan la falta de información

En el año 2002 se sancionó en Argentina la Ley 25.649, denominada “De promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico”. Si bien muchos de sus artículos fueron observados, y su aplicación fue muy resistida, esta ley aún vigente introdujo un concepto innovador: que en la dispensa de cada medicamento el farmacéutico debe asesorar e informar sobre todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo y sus precios. Esto obviamente tiene que ver con la accesibilidad a los medicamentos, y con la información al paciente.

Se trata de poner en común el conocimiento, de empoderar al paciente para resguardar sus derechos. En base a la información que el farmacéutico suministre, es el paciente quien decidirá qué medicamento va a usar, dentro de los que contengan el mismo principio activo. La imposición de marcas comerciales es una estrategia de las empresas en el mercado del consumo, que no se puede aceptar cuando se afecta el derecho a la salud: los pacientes no son meramente consumidores.

Recetar y dispensar medicamentos por marcas comerciales, en lugar de hacerlo por la Denominación Común Internacional (DCI) o “nombre genérico”, implica el uso de un lenguaje hermético e incomprensible, que hasta se podría considerar un resabio del antiguo uso del latín en la medicina, y también una forma imperativa que niega cualquier posibilidad de conocimiento a aquél a quien está destinado el medicamento (recipe: “toma esto”).

Para dar un ejemplo, de un medicamento esencial como el Ibuprofeno existen cerca de 140 marcas y presentaciones. La diferencia de precios entre marcas llega al 70%. No estamos hablando de un medicamento innovador, ya que el uso del ibuprofeno se introdujo para el tratamiento de la artritis en el año 1969.

Se debe orientar el desarrollo de la elaboración de medicamentos en relación a la búsqueda de innovaciones terapéuticas, de medicamentos de calidad a precio accesible y hacia el desarrollo genuino de productos. La orientación hacia la imposición de marcas comerciales de medicamentos es una tendencia no deseada ni beneficiosa desde el punto de vista sanitario.

Se trata de poner en común el conocimiento, de empoderar al paciente para resguardar sus derechos.

PUBLICIDADES ENGAÑOSAS

■ Por Claudia Machi

¿Cuál es el rol de los medios masivos de comunicación, los consumidores y el Estado en su función de proteger a la población de la venta de productos relacionados a la salud? ¿Hasta dónde los medios justifican tergiversaciones y anuncios falaces con el fin de vender?

En una época donde la información puede ser una palabra clave para entender qué ocurre en la sociedad, en el campo de la salud, la información es determinante en la calidad de vida de las personas, en el momento de tomar decisiones con respecto a su salud. Un ciudadano informado sobre las opciones que contribuyen al cuidado de su propia salud, es un ciudadano que puede elegir cómo transitar el camino hacia el buen vivir.

La información sobre o/de salud es fundamental como recurso para tomar decisiones sobre medicamentos, productos y servicios, y una parte importante de esta información (publicidad, noticias) es generada por las empresas que los producen y las productoras de publicidad. Lo que es buen negocio para una empresa, no necesariamente es bueno para la comunidad.

Los medios de comunicación masiva y la información que de ellos se desprende han jugado un importante rol en la formación de los valores, las creencias, los hábitos y las opiniones de la sociedad. Cuando decimos que los medios de comunicación son generadores de opinión, podemos también decir que en una opinión hay una elección.

Así los medios de comunicación se convirtieron en actores claves ante la aparición de epidemias, modelos de vida y comportamientos ante la salud y la enfermedad. Helena Restrepo sostiene: “hay que reconocer que las técnicas de comunicación social son cada día más eficientes y han creado una globalización del mercado y la publicidad, que no se puede desconocer y que es necesario mantener una vigilancia cuidadosa por parte de los gobiernos y autoridades de salud, para que respeten los derechos de las personas y no sean utilizadas con fines propagandísticos comerciales” (Restrepo, 2001). Si las políticas de salud trabajasen para introducir el concepto de prevención en salud, los medios de comunicación se convierten en un actor preponderante.

Entendiendo la salud como un derecho, que comprende tanto la responsabilidad de un Estado presente, así como también los derechos del individuo conjuntamente en interacción con todos los actores sociales, debería ser parte de la actual Política Sanitaria Argentina tomar decisiones en estos escenarios, orientándose a fortalecer los procesos de regulación de los mensajes que puedan promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población. De esta forma se fortalece la capacidad de los individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre los determinantes de salud.

La publicidad destinada a la venta y consumo de productos relacionados a la salud es muy vasta dentro de los medios, siendo parte de un mercado enorme en todo el mundo. Sin embargo, como este mercado es muy distinto al de otros productos de consumo está sometido, además, a un régimen especial que viene justificado tanto por la prevalencia que se otorga al interés de los consumidores frente al interés del anunciante, como a la repercusión que en estos casos pueden tener principios constitucionales como el derecho a la salud o el principio de protección de los consumidores.

Necesitamos que la información incluida en la publicidad y/o promoción sea veraz, precisa y clara, de manera que favorezca el uso adecuado de los productos y presente sus propiedades objetivamente, sin engaños, equívocos, y sin que generen expectativas erróneas sobre

Los medios de comunicación se convirtieron en actores claves ante la aparición de epidemias, modelos de vida y comportamientos ante la salud y la enfermedad.



La información incluida en la publicidad y/o promoción debe ser veraz, precisa y clara, de modo que favorezca el uso adecuado de los productos y presente sus propiedades objetivamente, sin que generen expectativas erróneas sobre las alcances de los productos.

las particularidades y alcances de los productos, porque de otra forma, lo que se obtiene, son “publicidades engañosas”.

La Ley de Lealtad Comercial 22802 expresa que “el engaño puede darse por la exageración de las cualidades del producto o servicio, o por la omisión de la información sobre determinadas características de éstos. Los ocultamientos, deficiencias o directamente la ausencia de información en los avisos publicitarios sobre determinados aspectos esenciales del servicio también pueden inducir al error al consumidor al generar en él falsas expectativas”.

Somos parte de pueblos consumidores, en principio, para la subsistencia de la vida misma, y luego porque la misma evolución de las sociedades y del pensamiento humano nos lleva a crear y descubrir productos que pueden o no, mejorar nuestra vida. Cuando hablamos de salud y su cuidado a través del consumo de productos y de servicios tenemos una lista sin fin de alimentos, suplementos dietarios, medicamentos, aparatos, cosméticos, artículos de higiene personal, etc.

¿Cuales son los factores que influyen en una persona al momento de elegir un producto? Publicidad, marketing, TV, radio, diarios, revistas, folletos, carteles en la vía pública, internet con todos los canales de comunicación que ésta abre, y las más numerosas técnicas de venta que llegan a nuestros sentidos para convencernos que tal o cual producto es lo que estamos necesitando para cubrir nuestras necesidades son algunos de los factores que influyen al momento de decidir qué consumir.

Ahora, ¿cómo sabemos que lo que consumimos no nos va a hacer daño?, ¿cómo sabemos que los productos tienen los efectos que las publicidades nos dicen?, ¿la información sobre ellos es veraz? En el derecho a consumir, nace el derecho a la información precisa, veraz y de fácil acceso.

Por un lado, se encuentran las empresas elaboradoras de los productos, y por el otro los canales de comunicación utilizados para lograr introducirlos en el mercado y venderlos. Los medios de comunicación masiva son los actores insoslayables en el momento de vender un producto y juegan un rol preponderante en los hábitos de consumo de la población.

En materia de productos relacionados a la salud, el Estado tiene la función de proteger a los consumidores, particularmente, desde dos lugares: uno desde el punto de vista comunicacional y otro, desde el punto de vista sanitario. Asimismo, existen organismos no dedicados a estas temáticas, pero cuya función es trabajar sinérgicamente para lograr proteger a la población de posibles engaños o efectos no deseados al consumir algún producto elegido como la Defensa al consumidor y la Defensoría del Pueblo, etc.

La regulación de la publicidad en los medios de comunicación audiovisual corría por parte de la entonces Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual (AFSCA), a través de la Ley de servicios de comunicación audiovisual. Hoy, el organismo se transformó en el Ente Nacional de Comunicaciones (ENACOM), a partir del advenimiento de un DNU del gobierno de Mauricio Macri. A través de la Ley 26.522 se establecía que los productos relacionados a la salud, para poder ser publicitados en los medios de comunicación audiovisual, debían estar aprobados por la autoridad competente en dicha materia, en este caso la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica). De esta forma, si se fiscalizaba a una emisora emitiendo una publicidad de un producto sin el registro y autorización correspondiente de la ANMAT, la emisora era pasible de sanción y la publicidad debía retirarse del aire.

Por parte del Estado a nivel sanitario, la ANMAT tiene la función de fiscalizar las publicidades, desde el punto de vista del cuidado para la salud de la población, de los productos que regula: medicamentos de venta libre y de venta bajo receta, alimentos, cosméticos, tecnología médica, productos de limpieza de hogar y de higiene humana¹⁹. La ANMAT generó el sistema de notificación de publicidades y promociones para que las empresas y



laboratorios elaboradoras de estos productos notifiquen y remitan a la ANMAT dentro de las 48 hs desde el inicio de su difusión, y con carácter de declaración jurada, toda pieza publicitaria dirigida a la comunidad, como así también toda promoción médica enviada a los profesionales de la salud, a los efectos de ser evaluada por el área de publicidad de dicho organismo. Por la disposición ANMAT 9660/16 el sistema de notificación de publicidad se dejó sin efecto, y las empresas dejaron de informar al Estado sobre las publicidades de sus productos.

Previamente, la fiscalización sanitaria de las publicidades y promociones era previa a su emisión, luego esto se transformó en fiscalización posterior, y así estamos hoy. El asunto aquí es, ¿quiénes y cómo están protegiendo a los consumidores de las publicidades de todos estos productos? ¿Se fiscaliza tanto a los medios de comunicación como a las empresas que generan las publicidades? ¿Qué sabemos de ella? ¿Los organismos estatales y reguladores transparentan esta información?

Hoy nos encontramos con todo tipo de publicidades con mensajes irresponsables. Por ejemplo de productos para “calmar los dolores de panza”, o para “asegurar el crecimiento de los niños”, para “soportar las exigencias del día”, de aparatos para reemplazar las actividades deportivas, etc.


Por ejemplo, en este momento se está emitiendo una publicidad donde una profesional de la salud promociona un antihistamínico (antialérgico) pediátrico (Aerotina Pediátrico de Laboratorios Raffo), en el cual solo se dedica a incitar a consumir el producto una vez al día. Durante su mensaje en ningún momento aconseja la consulta médica oportuna ante una situación de supuesta alergia, no propone ninguna acción preventiva, y mucho menos explica para qué casos sería adecuado el producto.

¿Cómo es posible que no importe los problemas que trae aparejado promocionar un medicamento de esta manera? En este caso a un público blanco como son los padres y los niños, con todos los riesgos que implica la posibilidad de desestimar síntomas que pudieran dar cuenta de múltiples causas o enfermedades, llevando “soluciones rápidas” a través del consumo de medicamentos, salteando la consulta médica para un correcto diagnóstico y la consecuente indicación de un medicamento en el caso que fuera necesario.

En un estudio realizado por el entonces COMFER (Comité Federal de Radiodifusión) sobre Salud y TV de abril de 2009, se destaca que el 50,7% de los mensajes publicitarios tenían un objetivo comercial, un 22% tenían algún mensaje preventivo/educativo y los informativos un 14,3%. En cuanto a los comportamientos más promovidos se encontró el alivio de síntomas y dolores y la reducción de peso. En este estudio se advierte que los spots no expresan lo que el consumidor debería conocer para elegir con idoneidad un alimento y/o medicamento, y consecuentemente, elegir con criterio. Por ejemplo, el hecho de ponderar a las salchichas como un alimento “ideal” en la nutrición infantil por su alto valor proteico, equivalente al de la carne vacuna, podría llevar a sustituir un alimento por otro, sin considerar el alto contenido graso de los embutidos.

Algo que hay que tener muy presente dentro de los avisos publicitarios es la falta de publicación de la fuente o de los estudios científicos que comprueban la efectividad de las propiedades o funciones asociadas a los productos promocionados. Estar atentos ante el hecho de que los spots estén en los medios de comunicación no es seguridad de que todo lo que en ellos se dice sea verdad.

Un desafío en la actualidad es surfear las olas colmadas de mensajes con implicancias simbólicas que traen muchos spots, en donde se asocia el consumo con la felicidad, la obtención de capacidades, el ideal sobre la belleza y lo que puede llevarte a una vida exitosa. Es preciso reflexionar y ser partícipes activos al momento de hacer una elección basada en la información que la publicidad y los medios nos ofrecen, dado que: no todo lo que brilla es oro.



**El Estado tiene la
función de proteger
a los consumidores,
particularmente,
desde dos lugares:
uno desde el
punto de vista
comunicacional
y otro, desde el
punto de vista
sanitario.**

¿ES POSIBLE UN MUNDO SIN PATENTES FARMACÉUTICAS?

■ Por Lorena Di Giano

La mega industria farmacéutica presiona a los Estados Nacionales para consolidar, en materia de legislación sobre medicamentos, criterios comerciales cada vez más parecidos a los de cualquier bien de consumo. Ante un escenario de evidente vulnerabilidad del derecho a la salud ¿cuáles son las alternativas?

Durante las dos últimas décadas, las comunidades organizadas afectadas por las enfermedades, las organizaciones de la sociedad civil y también gobiernos del Sur Global hemos venido elevando cada vez más nuestras voces para expresar nuestras preocupaciones en torno al proceso de apropiación privada de los bienes sociales a través de la protección de la propiedad intelectual. Este fenómeno ha sido impulsado por países industrializados en representación de los intereses de las corporaciones económicas mundiales a través de la firma de acuerdos internacionales.

En especial el Acuerdo sobre los Aspectos de la Propiedad Intelectual vinculados con el Comercio (ADPIC), firmado por más de 180 países miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1994, ha globalizado los más altos estándares de protección de la propiedad intelectual, y ha transformado a los bienes sociales en mercancías, como una forma de colocación de los mismos en la más alta agenda del comercio mundial a la vez de dificultar la protección de los Derechos Humanos.

La globalización de las reglas de propiedad intelectual ha reducido el espacio para la implementación de las políticas públicas cuyo objetivo es aumentar el acceso a conocimientos y a bienes esenciales tales como los bienes culturales, los alimentos y los medicamentos.

En particular, en el caso de los medicamentos, a pesar que existen instrumentos legales que permiten a los Estados intervenir para “flexibilizar” los derechos exclusivos que otorgan las patentes farmacéuticas, hemos venido experimentando de forma permanente las repesalias políticas y económicas sobre los Estados que han hecho uso de tales derechos soberanos para proteger la Salud Pública.

Este es el caso actual de la República Argentina. La Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe) y 26 compañías farmacéuticas extranjeras que adhieren a la demanda están persiguiendo judicialmente la anulación de las llamadas “Guías de Patentabilidad”, una importante política pública adoptada en el año 2012 que busca proteger el interés público y la salud. Las Guías proveen de lineamientos específicos que deben ser aplicados a la hora de analizar si una patente merece o no ser otorgada a la luz de la ley nacional vigente. Esta política, que es elogiada en el mundo, evita con efectividad práctica monopolios sobre medicamentos esenciales, promueve el desarrollo y la producción de tecnologías médicas a nivel nacional y la competencia en el mercado interno de medicamentos en versiones genéricas a precios más asequibles que los productos patentados.

En la región, Brasil también enfrenta un ataque judicial de similares características contra una política pública fundamental para la protección de la Salud de su población. Interfarma, la Cámara que nuclea a las compañías farmacéuticas multinacionales en Brasil, ataca judicialmente el examen conjunto de solicitudes de patentes farmacéuticas, dispuesto por ley, en el que la autoridad regulatoria ANVISA participa del análisis y aprobación de solicitudes juntamente con la oficina de patentes de ese país. Este instrumento legal asegura que solo se otorguen patentes en casos muy específicos en los que se demuestre que existe

genuina innovación en la invención de tecnologías médicas con las que tratar y curar las enfermedades. Descartando así toda posibilidad de que se otorguen monopolios legales sobre desarrollos tecnológicos meramente incrementales.

Estos ataques judiciales de las corporaciones farmacéuticas multinacionales no son nuevos. El Estado sudafricano también fue atacado a comienzos de este siglo cuando Nelson Mandela encaminó una política pública para asegurar el acceso universal a los medicamentos. El ataque pudo ser dismantelado gracias al esfuerzo internacional de las organizaciones civiles y personas afectadas que hicieron evidente la escandalosa maniobra que las compañías efectivizaban para proteger sus negocios a costa de la vida de millones de personas que necesitaban de los medicamentos para salvar sus vidas. El caso judicial de la compañía suiza Novartis contra la República de la India también es un ejemplo del actuar inescrupuloso de las corporaciones. En el mes de abril de 2013, luego de 7 años de litigio, la Corte Suprema de India puso fin al conflicto fallando a favor de la Salud Pública y defendiendo la sección 3 “d” de la ley india de patentes adoptada para evitar monopolios sobre medicamentos.

En el plano global, las organizaciones internacionales han producido un sinnúmero de informes, resoluciones, y recomendaciones a los países sobre la adopción de medidas legales que son parte del sistema de patentes, y que pueden ser utilizadas para contrarrestar el impacto negativo de las mismas sobre el Derecho a la Salud.

Con la crisis global también los países industrializados han comenzado a enfrentar obstáculos para la provisión de medicamentos esenciales para su propia población. El debate público en torno al Acceso a Medicamentos y la propiedad intelectual tomó un nivel político mayor, y recientemente el saliente Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, conformó un Panel de Alto Nivel sobre Acceso a Medicamentos con el objetivo de generar recomendaciones que propongan soluciones a la incoherencia existente entre los derechos de los titulares de patentes y el sistema de los Derechos Humanos. Durante el proceso de amplia consulta implementado por el Panel de Alto Nivel se recibieron poco más de 180 “contribuciones” de distintos sectores incluidos los gobiernos y organizaciones relacionadas, la industria y el sector privado, la sociedad civil y los grupos de personas afectadas por las enfermedades, la academia y “think tanks” como así mismo de las organizaciones internacionales y expertos independientes.

Hubo contribuciones que centraron sus recomendaciones en modificar progresivamente los modelos de investigación y desarrollo y otras que, desde mi punto de vista, son las más adecuadas en términos del momento histórico de crisis del sistema de patentes, las contribuciones que proponen la reforma del sistema, y que siguiendo las recomendaciones de la Comisión Global del SIDA y la Ley, proponen un periodo de transición en el que se suspenda el ADPIC para las tecnologías médicas. A pesar de la enorme presión política recibida por parte de las corporaciones farmacéuticas y algunos gobiernos actuando en representación de sus intereses, el informe final del Panel de Alto Nivel pudo ser publicado en septiembre de 2016.

Una vez más, el informe del Panel recomienda la adopción de distintas medidas que se encuentran incluidas en el sistema actual de patentes, aquellas que, como señalamos, son sistemáticamente atacadas por las corporaciones farmacéuticas y los gobiernos que las representan. Es decir, la humanidad tuvo una oportunidad pocas veces vista de avanzar en la recuperación de los bienes sociales como son los medicamentos y las tecnologías médicas pero la influencia del poder económico logró frenar ese paso.

De todas formas es importante que el informe del Panel de Alto Nivel, ponga nuevamente como recomendación central que los países hagan pleno uso de las Salvaguardas de Salud, como así mismo ponga énfasis en la necesidad de que los países inviertan en nuevos modelos de innovación lo que resulta fundamental para lograr los objetivos de la Agenda Global para el Desarrollo Sustentable 2030 firmada por más de 193 países en la que se incluyen objetivos ambiciosos sobre acceso universal a la Salud.

El Acuerdo sobre los Aspectos de la Propiedad Intelectual vinculados con el Comercio, firmado por más de 180 países miembros de la Organización Mundial del Comercio en 1994, ha globalizado los más altos estándares de protección de la propiedad intelectual, y ha transformado a los bienes sociales en mercancías, como una forma de colocación en la más alta agenda del comercio mundial a la vez de **dificultar la protección de los Derechos Humanos.**



CUANDO LOS MEDICAMENTOS SON DERECHOS Y NO PRODUCTOS

Analizando las cifras y estadísticas de la inversión que hizo el Estado en medicamentos entre el 2008 y el 2016 en Santa Fe, llegamos a la conclusión de la cantidad de vidas que se salvan cuando ese rol es activo y con perspectiva de inclusión. Los alcances de LIF SE (Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado) y del Programa REMEDIAR.

RED PÚBLICA DE MEDICAMENTOS ■ Por Laboratorio Industrial Farmacéutico LIF Sociedad del Estado, Prov. de Santa Fe

El año 2008, fue el año inicial, de prueba y quizás de despegue, para el LIF (Laboratorio Industrial Farmacéutico), en su interrelación con otro sistema público de salud, fuera de su habitual provisión de medicamentos a la Provincia de Santa Fe. Desde el año 2008 al 2010 inclusive, fueron años de una importante participación del LIF, con la provisión de sus medicamentos, al Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa REMEDIAR. En aquel momento el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), dio un importante impulso a la PPM (Producción Pública de Medicamentos), promoviendo la compra a laboratorios públicos, ya sea a través de licitaciones internacionales, como por compra directa a los mismos (de Estado a Estado).

Se promueve por entonces, la Resolución N° 286/2008, a través de la cual se creó el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos. En el año 2011, se producen cambios en las autoridades del Ministerio de Salud, lo cual implica un reacomodamiento en la estructuras y las políticas referidas a la PPM. Así, durante el año 2011, no se gestionan compras de medicamentos desde el MSN al LIF. Simultáneamente, el Congreso Nacional aprueba la Ley 26.688/2011 que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Dicha ley, no se reglamenta hasta julio del 2014 (Decreto 1087/2014).

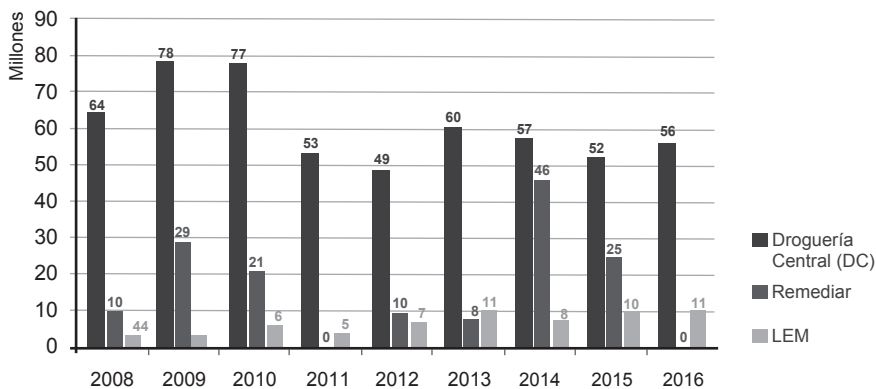
A partir del año 2012, progresivamente, comienza un período de mucha participación para el LIF como proveedor de medicamentos al MSN, teniendo su máxima expresión histórica (en todo el período que abarca este informe), en el año 2014, con 49 millones de unidades. A fines del año 2014, se aprueba la Ley N°27.113, a través de la cual se crea la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), la cual tiene como objeto “promover la actividad de los laboratorios de producción pública”.

A comienzos del año 2015, se produce un nuevo cambio de autoridades en el MSN y con esto, se propician a través de diferentes acciones, una mayor participación de los laboratorios públicos, en la provisión de medicamentos al programa REMEDIAR. El LIF provee en el año 2015, 25 millones de unidades en el primer semestre, quedando pendiente la última compra para el segundo semestre, la cual estaba acordada entre MSN y LIF, por unos 22 millones de comprimidos. El contrato de provisión nunca se llegó a firmar. Por otro lado, a lo largo de todo el año 2015, las autoridades del LIF gestionaron con las autoridades del Gobierno Nacional la financiación de un proyecto para la construcción de una “Nueva Planta del LIF”. Dicha financiación, auspiciada por el MSN, estaba en la órbita del Ministerio de Economía de la Nación (MEN), a través de un préstamo FONDEAR (Fondo de Desarrollo Argentino) financiado por el Fideicomiso del Banco Nación Argentina.

Durante el año 2016, nuevamente como en el año 2011, no se registraron compras de medicamentos desde el MSN al LIF. En agosto 2016, el LIF participó en la Licitación Pública Internacional N° 04/16 convocada por el MSN para la adquisición de medicamentos esenciales para el Primer Nivel de Atención. En esta ocasión, el LIF obtuvo el mejor de los precios ofrecidos para la especialidad farmacéutica, metformina 500 mg, comprometiéndose a una producción total de 10.119.708 comprimidos la cual comenzará a ser provista a partir de marzo de 2017. En cuanto a la financiación del Proyecto “Nueva Planta” a través de FONDEAR, no ha tenido continuidad.

En resumen, desde el LIF, durante el período 2008 - 2015, se proveyeron aproximadamente 150 millones de comprimidos al MSN con drogas como amoxicilina, cefalexina, metformina, glibenclamida, paracetamol, enalapril y simvastatina.

ENTREGAS 2008 - OCTUBRE 2016. DC, LEM, REMEDIAR. COMPRIMIDOS.



La gráfica muestra una reseña de los diferentes estadios por los cuales pasó, la producción pública de medicamentos (PPM) de Santa Fe, a través del LIF SE, en relación con las diferentes gestiones del Gobierno Nacional, desde el año 2008 hasta el 2016. También, la provisión solo de comprimidos, a la Provincia de Santa Fe, a través de la Droguería Central, como también el volumen aportado de medicamentos, al Intercambio con el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) de la Municipalidad de Rosario.

| | |
|---|--|
| <p>Provisión de medicamentos a la Provincia de Santa Fe y otros sistemas</p> <ul style="list-style-type: none"> 550.000.000 de unidades farmacológicas al Sistema Público de Santa Fe. Anticonceptivos orales (ACOS): 140.000 ciclos al Sistema Público de Santa Fe. ACOS: 5.000 ciclos gratuitos para afiliadas del IAPOS. 63.000.000 de unidades aportadas al Intercambio LIF-LEM. 6.000.000 de unidades a otros jurisdicciones (provincias como: Misiones, Córdoba, Río Negro y Corrientes; ciudades de Bahía Blanca, Mar del Plata y Concordia) | <p>Metadona y morfina para el Instituto Nacional del Cáncer (INC)</p> <p>Desde el año 2014 hasta octubre del 2016, el LIF proveyó más de 1.000.000 comprimidos, con dos rubros producidos para tal proyecto, como la morfina 10 mg y la metadona 5 y 10 mg en el marco del Programa Piloto de Provisión de Medicamentos, en el ámbito de los servicios oncológicos del INC del MSN.</p> |
|---|--|

Comentarios finales

Merece especial mención todo lo atinente a la conciencia, compromiso y capacitación continua de todo su personal, sustentado en la convicción de que la salud es un derecho humano y el medicamento un bien social, altamente meritorio, que posibilita la concreción de ese derecho. Por eso cuando en el LIF hablamos de medicamentos no hablamos de productos, hablamos de derechos.



La resolución N° 286/2008 crea el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.

La Ley 26.688/2011 declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos.

EL IMPACTO DEL PROGRAMA REMEDIAR

■ Por Leonardo Verna

**En sus 16 años de
implementación,**

**Remediar
distribuyó a las
unidades
sanitarias más
2,7 millones
de botiquines
con más de 484
millones de
tratamientos de
medicamentos
esenciales.**

El neoliberalismo mata

La crisis institucional, política y social en Argentina que tuvo su máxima expresión en el año 2001 también impactó fuertemente en el acceso a la salud y, particularmente, en el acceso a medicamentos por parte de los sectores más vulnerables de la sociedad, provocando complicaciones severas a los enfermos crónicos e innumerables muertes que nunca podremos determinar.

Inmediatamente después de la crisis, incrementar la capacidad de respuesta del subsector público y jerarquizar los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para afirmar la Estrategia de Atención Primaria pasaron a ser dos objetivos de política pública. La provisión de medicamentos esenciales a las personas que cuentan exclusivamente con salud pública resultaba un factor de éxito clave para alcanzarlos. Desde entonces, el Programa REMEDIAR garantizó, mes a mes, acceso al tratamiento con medicamentos esenciales en más de 7.000 efectores en todo el país.

Los medicamentos son la respuesta terapéutica más utilizada por los médicos, tanto para la prevención y el diagnóstico como para el tratamiento de una enfermedad o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le prescribe²⁰. Por este motivo, los medicamentos son considerados bienes preferentes: aun cuando no sean demandados por los consumidores, la población debería tener acceso a ellos siempre.

El Estado, como garante de derechos sociales, interviene en el mercado de medicamentos, ya no solamente cuando se identifiquen fallas en la eficiencia de los mercados (concepción liberal de la intervención estatal), sino también ante la presencia de bienes o servicios preferentes. Esta intervención tendría el propósito de proteger a los ciudadanos de determinadas contingencias (por ejemplo, un gasto catastrófico) y garantizarles sus derechos sociales, como el acceso a la salud, y por lo tanto, a los medicamentos, más allá de su poder adquisitivo. Como el gasto en medicamentos es fuertemente regresivo (pagan más los que menos tienen) al mismo tiempo que inelástico (no es posible dejar de comprarlos aunque el precio suba), desde una concepción de Estado como garante de derechos, es éste el que interviene reparando las brechas que se generan entre quienes tienen más posibilidades de acceder a los mismos y quienes no, modificando las inequidades que se dan al interior de la sociedad en relación a la distribución de los ingresos. Una política destinada a garantizar medicamentos esenciales en el Primer Nivel de Atención tiene correlatos tanto sanitarios, por garantizar el acceso oportuno al tratamiento a aquellas personas a las cuáles un profesional les prescribió un medicamento; como redistributivos, al evitar que las personas incurran en un gasto privado regresivo para acceder al medicamento.

A diferencia de otro tipo de bienes, los consumidores de medicamentos tienen un margen de libertad restringido. Es el profesional prescriptor quien realiza la elección principal del producto, luego de determinar su necesidad terapéutica. Por caso, frente a un lactante con broncoespasmos, es el pediatra y no los padres quién define la necesidad de un tratamiento con un broncodilatador, como el salbutamol (un producto con precio de venta al público en las farmacias de alrededor de \$110).- Pero, la posibilidad de obtener o no un medicamento cuando se lo necesita es uno de los aspectos en los que se registran mayores brechas e inequidades. En este sentido, las barreras económicas son uno de los grandes condicionantes en el acceso a los servicios básicos de salud y/o a los medicamentos. Esta barrera se deriva del alto precio de los medicamentos y del impacto regresivo en los ingresos familiares dado que los sectores que cuentan con menos recursos son precisamente los que deben gastar una mayor proporción de sus ingresos para acceder a los medicamentos. En el marco de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos, el suministro gratuito

El gobierno neoliberal surgido del 2015 ha desmantelado el Programa Remediar poniendo en riesgo la población.

de medicamentos permite ampliar y hacer más equitativo el acceso a los medicamentos específicamente y a la salud en términos generales. Este es uno de los principales motivos por los cuales, desde su implementación, Remediar se ha institucionalizado como garante del acceso a medicamentos esenciales entre los sectores más vulnerables de la Argentina. Esta variación positiva se da en un contexto de mejora socioeconómica, es decir: en un contexto dinámico en el que mantener los resultados requiere una conducta estratégica. Remediar es una política inteligente, capaz de aprender y adaptarse para lograr mejores resultados y no un mero programa de emergencia (“una pizca de justicia social”) exitoso por compararse contra marginación, la exclusión y la nada.

Sin embargo, para que estos impactos sean significativos en lo social y equitativos en lo territorial, es necesario alcanzar una verdadera escala. En una dimensión horizontal, en sus 16 años de implementación, Remediar distribuyó a las unidades sanitarias más 2,7 millones de botiquines con más de 484 millones de tratamientos de medicamentos esenciales, que permitieron dar respuesta a más de 744 millones de consultas médicas ambulatorias realizadas por 16 millones de usuarios del sistema de salud público en más de 7.000 unidades sanitarias del Primer Nivel de Atención a lo largo y a lo ancho de todo el país. Por otro parte, desde una mirada vertical y siendo que tras la formulación de la Política Nacional de Medicamentos en 2002, la participación del Estado nacional en la financiación de los medicamentos tomó mayor protagonismo, Remediar avanzó progresivamente en integrar la distribución de medicamentos e insumos de otros programas sustantivos del Ministerio de Salud de la Nación: el Programa de lucha contra el VIH/SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual, los programas de salud materno-infantil y de inmunizaciones, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR), el Programa Nacional de Tuberculosis (TBC), el INCUCAI, Salud Ocular y el Programa Nacional de Lepra, entre otros.

Es de destacar la creciente participación de los laboratorios públicos en la provisión de medicamentos a partir de la ley que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Estas características de la provisión de medicamentos en la Argentina hace que la estrategia de Remediar tenga un doble impacto en la economía garantizando accesibilidad y universalidad. El gobierno neoliberal surgido del 2015 ha desmantelado el Programa Remediar poniendo en riesgo la población.

SOBERANÍA BIEN ENTENDIDA ■ Por Carlos Dupetit

Cuando nos enfermamos vamos al médico en búsqueda de alivio, contención y de una solución. El médico hace dos actos: nos diagnostica y nos indica un tratamiento.

Cuando tomamos una medicamento, estamos comenzando un camino de cura de enfermedad y de esperanza, sentirse mal no es en nada satisfactorio y es un gran generador de estrés cuando el enfermo es un ser querido. El medicamento tiene una indiscutida dimensión social. No acceder a un remedio implica una pérdida de expectativas de salud a corto plazo. Es menester del Estado garantizar la salud de su población. Pero, ¿qué hay detrás de cada medicamento?

La cadena de valor, como se la llama técnicamente, de la industria del medicamento es larga y compleja e implica muchas veces cientos de operaciones y transformaciones, que hacen de la industria farmacéutica un complejo industrial clave a la hora de hablar de soberanía. Lo mismo ocurre con los medicamentos, con la salvedad que los volúmenes a mover de un país a otro resultan pequeños, es decir el costo de transporte incide poco el precio, que siempre resulta alto pues nos estamos curando. Así, es más fácil concentrar





Los autores

Daniel Gollan Es médico sanitarista y ex ministro de Salud de la Nación. Coordina el área Salud del Instituto Patria.

Jorge Rachid Es médico del trabajo, especialista en Seguridad Social. Profesor titular en Ciencias Sociales y profesor adjunto de Medicina del trabajo en la UNLZ.

Hernán Marmurek Es economista especializado en Desarrollo Industrial e Inteligencia Comercial. Fue coordinador de investigación de mercado en laboratorios farmacéuticos de capitales nacionales y multinacionales y emprendedor en el sector de salud y en el sector público.

Mario Rovere Es médico pediatra y sanitarista. Dirige la Maestría en Salud Pública de la UNR. Es también el coordinador general de ALAMES.

Joel Lexchin Es Profesor Emérito en la Universidad de York en Toronto donde enseñó Política Sanitaria y es médico emergentólogo en la Red de Salud Universitaria, también en Toronto.

Agrupación Raúl Laguzzi Es un espacio político fundado por profesionales de la salud, muchos egresados de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA.

Gabriela Dueñas Es doctora en Psicología, licenciada en Educación, y también psicopedagoga.

Rubén Sajem Es farmacéutico comunitario y presidente de la Sección de Farmacéuticos del Colegio Oficial de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Lorena Di Giano Es abogada especialista en Derechos Humanos y VIH-SIDA, agente de la Propiedad Industrial, directora ejecutiva de Fundación GEP y coordinadora general de RedLAM. Además es miembro del Comité de Expertos del Panel de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre Acceso a Medicamentos e Innovación.

Leonardo Verna Es médico psiquiatra y docente de Farmacología de la Facultad de Medicina, UBA. Fue subadministrador de ANMAT.

Carlos Dupetit Es ingeniero industrial, con experiencia en la industria farmacéutica local, regional e internacional. Es co-fundador de la Cámara Argentina de Biotecnología e integra el directorio del Parque Tecnológico Litoral Centro.

la producción de medicamentos y generar un flujo de valor hacia los países que dispongan del complejo industrial farmacéutico.

Existen cantidad de formas farmacéuticas, como comprimidos, cremas, jarabes, inyectables, polvos, entre otros, que a su vez se dividen según su composición. Muchos requieren dedicación exclusiva, como algunos medicamentos oncológicos o determinados antibióticos. Por este motivo, en un mismo complejo fabril se concentran solo algunas de estas formas farmacéuticas o medicamentos lo que genera poca movilidad a la producción.

Argentina cuenta con un complejo industrial con capacidad para producir todas las formas farmacéuticas, con las áreas segregadas capaz de abastecer toda la demanda local y exportar por varios cientos de millones de dólares. Esta industria genera miles de puestos de trabajo, que abarcan personal de maestranza calificado, técnicos, químicos, mecánicos, biólogos, farmacéuticos, ingenieros y demás personal calificado.

Hoy más del 50% de la producción de medicamentos en valores tiene origen en este complejo fabril en manos de los argentinos, y más del 65% en unidades. Esto muestra un indiscutible diferencia de precio por unidad y refleja la política detrás de las empresas multinacionales: productos únicos a precios altos.

El complejo fabril farmacéutico tiene su origen en un marco científico tecnológico fruto de años de educación libre y gratuita, una ley de patentes flexible que permitió el avance en la innovación en los procesos productivos y la vocación de los argentinos en utilizar estas herramientas. Poseer una industria farmacéutica nacional, capaz de producir medicamentos, introducir nuevas moléculas y generar competencia, hace a la regulación del precio y el acceso a los medicamentos en un mercado que hoy es bien complejo y tiene que simplificarse.

¿Y el futuro? Quedan infinitos rounds donde defender la industria nacional, hacerla más competitiva. Aproximadamente, el 50% del mercado farmacéutico mundial en valores está concentrado en los Estados Unidos, lo que implica una distorsión única fruto de un proteccionismo extremo que está haciendo colapsar el sistema de salud norteamericano. Una tensión lógica que hay que administrar desde un gobierno inteligente.

Al fin y al cabo, la soberanía tiene aristas bien complejas sometidas a intereses monstruosos que requieren que nosotros, sin importar el lugar ocupamos dentro de la sociedad, conozcamos y estemos al tanto, pues nuestro valor como ciudadanos se hace valer indiscutiblemente en el momento que votamos a nuestras autoridades.

Defender lo nuestro es defendernos todos.



GÉNERO y DIVERSIDAD SEXUAL

“Si realmente creemos en la igualdad, hay que jugarla”

En Diciembre de 2016 se realizó un “taller de masculinidades” convocado por el Área de Géneros de ATE Capital. Bajo la consigna “El machismo sucede en todos lados. Somos parte del problema, seamos parte de la solución”.





Nos interesa conocer la experiencia del taller de masculinidades. ¿Por qué? ¿Cómo surgió la iniciativa?

Nosotros tenemos un área de Géneros que en un 99% está constituida por compañeras que trabajan muchísimo. No solamente trabajan en capacitación sino que tenemos un área de atención a la víctima, que articula con distintas áreas de gobierno como para poder darle un marco de contención a las compañeras que consultan con determinadas situaciones tanto de violencia laboral, familiar, etc.

Lo que veíamos es que había mucha resistencia por parte de nosotros, los varones, y que nosotros somos los que causamos todo el padecer y el dolor a las compañeras: nosotros somos los que las maltratamos, somos los que hacemos cosas como para que no puedan llegar políticamente, somos los que las violamos, somos los que las asesinamos, hablamos como género, entonces hagámonos cargo de esto y veamos cómo hacemos para tener más herramientas para poder mejorar nuestra calidad de vida y la calidad de vida de nuestras compañeras.

Percibimos que las propuestas que surgen del área de Géneros, por lo general, son sentidos con cierto rechazo por los compañeros porque todo viene en tren de poner al hombre en lugar de victimario, entonces aunque seas un buen padre de familia, un buen compañero, ya arrancas desde un lugar donde sos el malo de la película. Tenemos que hacernos cargo de que sí, nosotros tenemos cultural e históricamente toda esta violencia sobre la mujer y somos muy prehistóricos en esta relación.

Decidimos ver cómo hacemos desde el área de Géneros para abrazar de otra manera y tener más herramientas. Pensamos que en un primer momento el taller tendría que ser solamente de varones para que podamos tener un espacio donde poder sincerar, sin lastimar, pero sincerar para ver cómo podíamos tener un termómetro de qué nos pasaba a nosotros. Tuvimos dudas porque la verdad es que no sabíamos cómo iban a responder los compañeros porque es un sindicato y porque lo masculino acá es todo. Por eso, empezar con un taller de masculinidad para poder plantearnos, con una sinceridad brutal, lo que nos pasa y a partir de ahí empezar a ver cómo incorporar más herramientas que nos den la posibilidad de mejorar la calidad de vida que tenemos todas y todos. Y salió.

En esto de pensar el género o el rol del hombre como algo que no viene dado sino que se construye, que se aprende, ¿Cuál es tu opinión respecto a los roles y las identidades de género dentro del ámbito sindical?

Hay como una aceptación social, pero en la práctica hay muchas dificultades. Yo hace muchos años que estoy en ATE, desde delegado de base hasta llegar a la conducción, y he visto cómo fue cambiando el rol de las compañeras dentro del sindicato. Antes había un rol que era mucho

más complicado por el lugar que se le daba y el lugar que las compañeras ocupaban. Hoy las compañeras tienen otro tipo de apertura, otro tipo de cotidianidad, otro tipo de relación con la tarea, con la política y con los compañeros, es impensado un escenario similar al de hace veinte años atrás. Escuchas a compañeras que te hablan de los momentos más complejos en la vida institucional de nuestro gremio, durante la dictadura militar, cuando en reuniones clandestinas las compañeras cocinaban mientras los hombres hablaban. Hoy nuestras compañeras cocinan como cocinamos nosotros y discuten como discutimos nosotros. ¿Que nos falta? Nos falta un montón.

Respecto a la identidad tenemos compañeros trans que son delegados de sector o delegadas de sector y para nosotros está perfecto y no lo vemos como un problema sino que es parte de la aceptación, no se habla de normalidad porque no hay una normalidad en la elección, es parte del cotidiano y hay que asumirlo que el compañero o la compañera viene con su elección de vida a ocupar un cargo político y a discutir desde ese lugar de igual a igual.

“No alcanza solamente con la decisión política porque después es necesario que los compañeros y las compañeras también puedan madurar la idea en los lugares de trabajo y que nadie se sienta con el derecho, por ser hombre, de ocupar un lugar.”

Todo esto tenemos que profundizarlo porque en lo discursivo todos apoyan las manifestaciones por “NI UNA MENOS”, tienen un cassette grabado, pero después, estadísticamente, cuando vos juntas 100 hombres seguramente hay 10 que ejercen violencia de género. Seguramente esos 100 pueden tener un discurso bárbaro respecto de cómo cuidar a las compañeras, de igualdad de género pero en el cotidiano hay 10 que tienen que modificar conductas.

¿Qué repercusiones tuvo el taller entre los compañeros que participaron? ¿Hubo devoluciones?

Nos sorprendió mucho cómo se desarrolló todo. Porque los compañeros participaban abiertamente, reconocían y reconocimos las dificultades que tenemos, y se generó un encuadre desde el cual pudimos trabajar hasta desde lo corporal. Esto pensado desde un sindicato no lo ves como algo posible de hacer. Y sin embargo salió, y salió

bien. Los compañeros se quedaron con ganas de profundizar, y surgió cierto reclamo, “esto de trabajar nosotros está bueno, pero cómo hacemos para ayudar al otro”. Entonces quizás venga un segundo momento para ver qué herramientas tenemos para actuar, pero lo primero es reconocer lo bruto que somos como género y a partir de ahí empezar a modificar en lo cotidiano muchas cosas.

Por ejemplo, si hablamos del cupo, ¿es necesario que haya un cupo? ¿por qué no puede haber un 50% y un 50%? y ¿por qué los hombres nos sentimos menos si no nos tocó a nosotros y le toca a una mujer ocupar el lugar? Todos estos son disparadores para pensarnos, para hacernos cargo, para empezar a discutir con los compañeros que es necesario una reforma estatutaria. Tenemos que hacer obligatorio que entre los primeros tres lugares de cada comisión interna tiene que haber compañeras ocupando los cargos de mayor responsabilidad. Desde el sindicato aceptamos el desafío de empezar a trabajar para que esto suceda.

La mayoría de los compañeros con los que me crucé después del taller, quieren seguir discutiendo, quieren más talleres, quieren más apertura y quieren más herramientas.

Nosotros pensamos que primero tenemos que modificar conductas, está muy bien saber qué hacer con una

mujer golpeada el tema es que somos nosotros los que golpeamos a las mujeres, entonces hay que dejar de golpear.

“Cuando podemos internalizar que somos parte del problema, el área de Géneros deja de ser vista como una amenaza.”

Pensando en el proceso de democratización del poder y sus vínculos ¿Cuáles serían los resultados que esperan a partir de la continuidad de este tipo de iniciativas?

Hay que resolver que se pueda constituir el marco de la igualdad. O sea el tema de los cupos es algo a resolver en lo inmediato. Es probable que el sindicalismo no sea permeable a una modificación estatutaria por el 50 % del cupo, además hay lugares en donde tenes muchas mujeres y pocos hombres y lugares donde tenes muchos hombres y pocas mujeres, eso genera determinados obstáculos, pero hay que apuntar a eso.

Si realmente creemos en la igualdad, hay que jugarla. Pero para eso hay que madurar en muchos aspectos y el sindicalismo tiene que ser parte de ese madurar.



Partimos de mucho más atrás, porque tenemos dirigentes sindicales que hace 30 años que ocupan el cargo. En ese sentido, hay que patear todos los tableros y armar todo de nuevo.

“ATE Capital tiene 168 comisiones internas, queremos que cada una tenga su área de Género, que en cada uno de los lugares de trabajo se pueda abordar la violencia, el rol de la mujer.”

Pero no es solo una cuestión de los dirigentes. No alcanza solamente con la decisión política porque después es necesario que los compañeros y las compañeras también puedan madurar la idea en los lugares de trabajo y que nadie se sienta con el derecho, por ser hombre, de ocupar un lugar. A muchos compañeros se les dificulta poder ver a la mujer en el rol sindical. Sobre esto tenemos que seguir trabajando.

¿Te parece que incorporar en el trabajo la mirada de género favorece también a constituir ámbitos laborales más saludables?

Sí, de hecho después del taller las compañeras del área de género decían que los varones pasaban con otra frescura a saludarlas y que después del taller tuvieron otra apertura y otra relación con las compañeras. Cuando podemos internalizar que somos parte del problema, el área de Géneros deja de ser vista como una amenaza. Entonces esta actividad es una herramienta de transformación que hay que profundizar.

¿Cómo se avanza en instalar de manera transversal el trabajo con perspectiva de género?

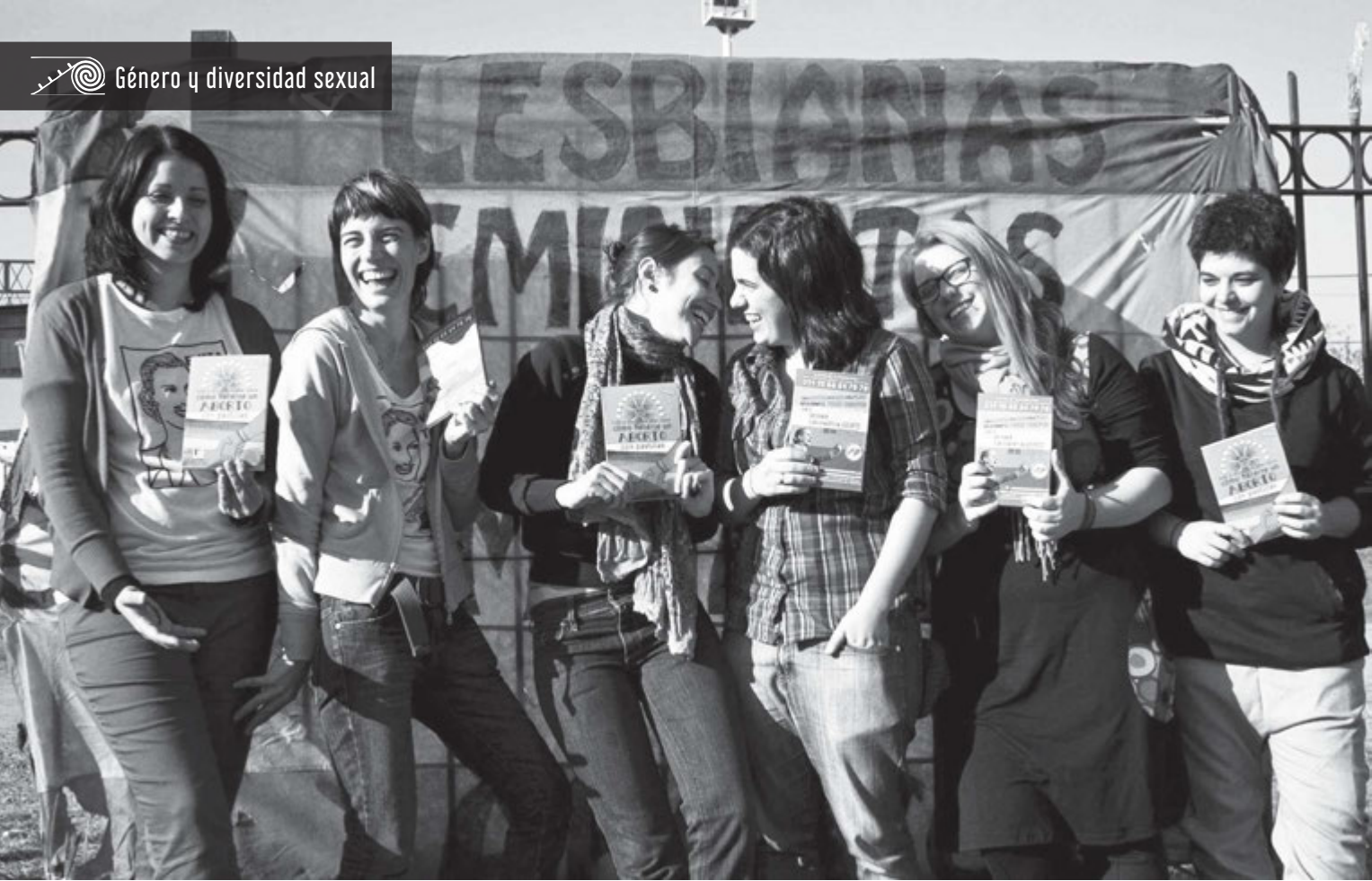
La idea es este año hacer por lo menos uno o dos talleres más de masculinidad y después hacer un taller abierto con las compañeras, para poder empezar a trabajar con otra dinámica. Lo que nosotros queremos es que el área de Géneros sea parte de cada comisión interna. ATE Capital tiene 168 comisiones internas, queremos que cada una tenga su área de Género, que en cada uno de los lugares de trabajo se pueda abordar la violencia, el rol de la mujer. Entonces ¿cómo seguimos? No puede suceder que se sigan asesinando mujeres, tenemos que buscar cómo fortalecer la formación, tener las herramientas para mejorar la calidad de vida, pero al mismo tiempo no abandonar la pelea contra el neoliberalismo, estamos en un momento de mucha hostilidad de parte del gobierno.



80



DELEGADOS
participaron del
Taller de masculinidades
en ATE Capital



Acceso al medicamento con perspectiva de género

En nuestra región, solo las mujeres de clase alta tienen acceso a un aborto seguro, mientras que el resto pone en riesgo su salud al intentar interrumpir un embarazo de manera insegura. El acceso al misoprostol viene a resolver esta inequidad. El negocio de las compañías farmacéuticas. Una cuestión de justicia social.

Misoprostol es el nombre de un medicamento que las mujeres populares de América Latina reinventaron hace treinta años, descubriendo sus propiedades abortivas. Antes de las pastillas de misoprostol, el único aborto seguro era el practicado en una clínica u hospital por médicos/as especializados/as. Solo las mujeres de clases altas en nuestra región tenían acceso a estos abortos seguros, mientras las otras morían por infecciones y graves hemorragias. En Sudamérica la única experiencia de aborto legal en un hospital público había sido la de

■ Por Luciana Sánchez

Es abogada, militante e integrante de la organización Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto

Salvador Allende en Chile, y cuentan los/as médicos/as que formaron parte de estos equipos en el hospital central de Santiago que las mujeres no abandonaban la sala de espera aún durante el bombardeo al Palacio de La Moneda en 1973.

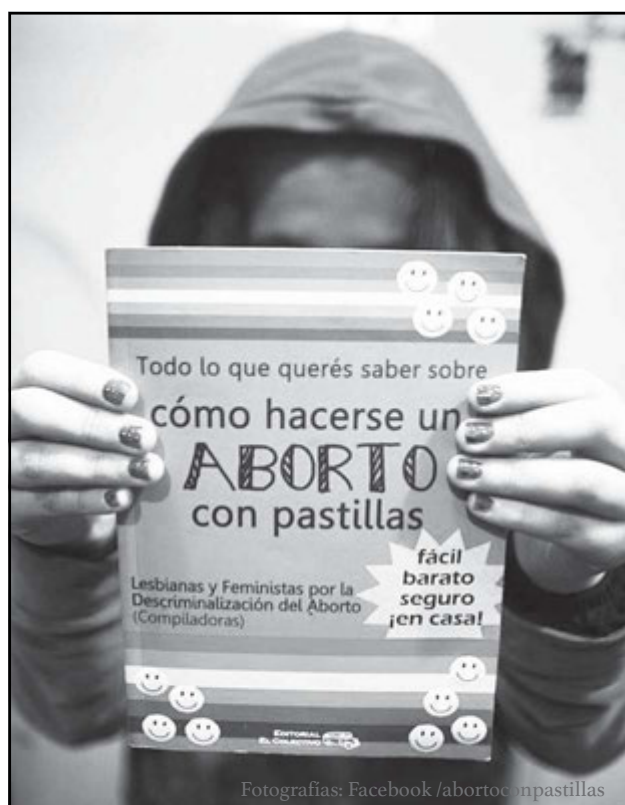
Algunos/as de estos/as médicos/as se exiliaron en Brasil después del golpe. No casualmente, fue en dicho país que a principios de los años 80, en los hospitales públicos del Nordeste, se comenzó a notar que las muertes por abortos bajaban drásticamente entre las mujeres más pobres. Estas mujeres, luego de experimentar sobre sí mismas, habían descubierto que el misoprostol, un medicamento barato inventado para el tratamiento de la úlcera gástrica, contraindicado para embarazadas por sus efectos abortivos, producía abortos seguros, sin riesgos, que podían hacerse ellas mismas en su casa, y que pasaban como abortos espontáneos frente a médicos, policías y jueces.

Con este descubrimiento revolucionaron el mundo de la medicina, y de los derechos humanos: desde hace ya 15 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) avala este método de aborto seguro para ser usado en casa y lo incluye desde hace 10 años en la lista modelo de medicamentos esenciales, por ser barato y haber suficiente evidencia científica sobre su eficacia, seguridad y aceptación cultural para la interrupción de embarazos tempranos (dentro de los primeros tres meses) fuera del hospital, con un control médico posterior de rutina.

Consejerías de Aborto Seguro

En Argentina existe la interrupción legal del embarazo, y la obligación de evitar y bajar los riesgos por abortos inseguros. El Código Penal establece causales de aborto legal y un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) de 2012 determina las condiciones para su cumplimiento. El Código establece que quienes se encuentran contempladas en lo descrito en el artículo 86 segundo párrafo, no pueden ser privadas del derecho a interrumpir su embarazo. De acuerdo a lo que establece dicho artículo, el aborto practicado por un/a médico/a con el consentimiento de la persona gestante, es legal cuando el embarazo pone en peligro la salud física o mental o la vida de la gestante, o si proviene de una violación. El fallo aclara el marco general del derecho al aborto, en tanto define que en las situaciones enumeradas es el Estado el que tiene la obligación “de poner a disposición de quien solicite la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura”²².

Los Estados no necesitan esperar los vaivenes de la industria farmacéutica para reducir drásticamente los abortos inseguros.



Fotografías: Facebook /abortoconpastillas

Ellas dicen

- “Tuve que vender la heladera para poder comprarme las pastillas de oxaprost, ya estaba entrando a la semana 12 y no podía arriesgarme más”
- “Compré por internet cuatro pastillas a 500 pesos cada una y no aborté.”
- “Una médica me hizo la receta, pero donde vivo ninguna farmacia me las quería vender con la receta. Terminé comprando por internet y las pagué carísimas”
- “En la sala de salud no me dieron receta, me dieron el teléfono de una señora que las vende. Me dijeron que use dos y cuando sangre las vaya a ver”.
- “Soy de un pueblo y tuve que mentirles a mis amigas para que me presten plata, no quería que se enteren del aborto y tampoco podía pedirle más plata a mi vieja. Las pastillas las compré en una farmacia por encargo, tardaron varias semanas en traerlas”

Como el misoprostol ya está disponible legalmente en más de cien países del mundo (incluyendo el nuestro), los Estados no necesitan esperar los vaivenes de la industria farmacéutica para reducir drásticamente los abortos inseguros.

Es así que desde 2012 en Argentina el misoprostol fue incluido como método preferencial de aborto seguro en la Guía de Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de la Nación, y en 2015 este medicamento fue incluido en el programa Precios Cuidados de la Secretaría de Comercio, acompañando los programas provinciales y municipales de Consejerías de Aborto Seguro.

Las Consejerías de Aborto Seguro son espacios comunitarios donde las mujeres, niñas y varones trans y lesbianas que desean abortar acuden para informarse sobre cómo interrumpir un embarazo no deseado de manera segura, incluyendo el uso de misoprostol en casa durante el primer trimestre de embarazo. También para acceder al medicamento y a la atención de salud antes durante y después del aborto.

Con el objetivo de garantizar la calidad de la atención de salud durante y posaborto, en 2015, el Ministerio de Salud de la Nación difundió información sobre uso del misoprostol en Guías de Práctica clínica para la atención integral de mujeres que cursan un aborto, el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo, y el material de Consejerías en salud sexual y reproductiva.

Las Consejerías de aborto seguro, en tanto dispositivos sociales y médicos, llegaron a ser alrededor de quinientas durante los últimos años y no había provincia de nuestro país donde no funcionaran activamente.

Criminalización, monopolio y desigualdad

Como consecuencia de la crisis económica y la criminalización del acceso al misoprostol iniciada en la década del 90, en 2001 los laboratorios que producían misoprostol cerraron o dejaron de producirlo. Así es que hoy en nuestro país la producción de misoprostol es monopólica: se vende exclusivamente bajo la marca Oxaprost, de Laboratorio Beta. Todas las personas que abortan, tienen que comprar las pastillas de Beta. El Estado, para los abortos legales, compra las pastillas de Beta. Existe la posibilidad de que el misoprostol sea producido en el país como uno de los medicamentos esenciales que debe garantizar el Estado, de manera pública y distribución gratuita y universal. Pero requiere de un Estado comprometido con la salud de las personas con capacidad gestante y dispuesto a garantizar el acceso al aborto seguro.

A fin de darnos una idea de la magnitud de las ganancias que están en juego, consideremos que las Naciones Unidas producen misoprostol a menos de 5 pesos por pastilla. 60 pesos es lo que cuesta producir un aborto seguro para la OMS (12 pastillas). En nuestro país, Beta fija el precio de lista del del Oxaprost en farmacias hoy a \$ 1.833 la caja de 16 pastillas, y se calculan unos 500.000 abortos por año. En aritmética simple, mil millones de pesos.

A este precio irrazonable que corresponde a aproximadamente el 30% de un salario mínimo vital y móvil, debemos sumar el recrudecimiento de la criminalización de las pastillas, fogueados por políticas represivas de retrocesos en derechos humanos. En el último año se han multiplicado en la justicia federal en todo el país las causas criminales iniciadas por venta de Oxaprost. Bajo el argumento de proteger la salud de las mujeres, la criminalización de la venta de este medicamento redundó en un mayor miedo de los/as médicos/as de recetarla y

Criminalización y desigualdad

En 2016 la Justicia Federal acumuló una decena de expedientes de los últimos 2 años por venta de misoprostol por internet. En diciembre allanaron simultáneamente domicilios particulares en CABA, Buenos Aires y Mendoza. El Ministerio Público Fiscal reivindicó estas medidas como un “golpe a las mafias del aborto con pastillas”.

La investigación, dirigida a los últimos eslabones del mercado paralelo, no justifica tamaña inversión de tiempo y recursos: detuvieron a 4 mujeres, 3 de ellas migrantes, 1 embarazada, los novios de estas, y 3 varones vinculados con una droguería e importadora de medicamentos.

El sesgo misógino en el caso se devela con un dato contundente: en los allanamientos secuestraron 5.000 dosis de Sildenafil (marca Viagra), medicamentos utilizado para el tratamiento de los problemas de erección del pene. La proporción del hallazgo de uno y otro medicamento es del orden del 90% de Sildenafil versus 10 % de misoprostol. Nada se dijo del medicamento para la erección, solo se habla del “golpe a las mafias del aborto”. Se castiga a las mujeres, mientras que el silencio protege a los varones.

recomendarla como indica la OMS, y en que las farmacias no las tengan disponibles, no las vendan, o bien cobren sobreprecios.

En el mercado ilegal, que hoy es la forma casi excluyente de acceder a las pastillas, el Oxaprost se vende hasta por 5.000 pesos la caja, que corresponde a más del 65% de un salario mínimo. A pesar de ser un medicamento esencial, popular y barato de fabricar, conseguir las 12 pastillas de misoprostol que requiere un aborto seguro en el primer trimestre de embarazo es hoy en día una carrera de obstáculos, que requiere semanas de tiempo, ingenio y por lo menos cinco mil pesos. Para las mujeres, lesbianas, niñas y varones trans de sectores populares, quienes solo cuentan con su ingenio, lo más probable es que esta sea una tarea imposible, que accedan a menos pastillas o que el misoprostol llegue tarde, cuando abortar es peligroso.

Acceso universal al aborto seguro con pastillas

La salud y el cuerpo de las mujeres, varones trans, niñas y lesbianas está lo suficientemente depreciada como para que ninguna persona que tiene que abortar en nuestro país se gaste casi todo su salario en un aborto seguro, que en otras latitudes le cuesta al estado 60 pesos. Perseguir la venta ilegal de pastillas y el sobreprecio sin que ello se corresponda con una política de promoción y garantía del acceso universal al misoprostol aumenta la desigualdad de género, la muerte y sufrimiento de los sectores populares.

Para asegurar el acceso universal e irrestricto al misoprostol, en 2016, el Comité de Naciones Unidas que monitorea el cumplimiento del derecho a la salud (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales), estableció que los Estados están obligados a garantizar el acceso lo más libre posible a los medicamentos abortivos, sin barreras ni obstáculos administrativos ni económicos. Poner obstáculos

3 varones vinculados con una droguería e importadora de medicamentos

El sesgo misógino en el caso se devela con un dato contundente: en los allanamientos secuestraron 5.000 dosis de sildenafil (marca Viagra), utilizado para el tratamiento de los problemas de erección del pene. La proporción del hallazgo de uno y otro medicamento es del orden del 90% de Sildenafil versus 10 % de misoprostol. Nada se dijo del medicamento para la erección, solo se habla del “golpe a las mafias del aborto”. Se castiga a las mujeres, mientras que el silencio protege a los varones.

al acceso al misoprostol o tolerarlos, implica una violación del derecho a la salud, contraria al principio de igualdad y no discriminación, ya que estas barreras afectan de manera excluyente la salud de mujeres, niñas, lesbianas y varones trans.

Cumplir con estas obligaciones estatales requiere en nuestro país que el Estado legalice el aborto, pero más aún que continúe con la política de consejerías y capacitación a equipos de salud pública en aborto seguro. Pero también resulta ineludible que la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnologías (ANMAT), agencia que regula la producción y comercialización de medicamentos, y la Secretaría de Comercio, tomen intervención en cómo se constituye el mercado de misoprostol, desde una óptica que no sea solo punitiva, controlando el precio de producción y venta y las condiciones de expendio, garantizando un acceso sin discriminación por sexo ni clase social. El gasto de bolsillo en medicamentos afecta más a quienes menos tienen. La proporción del costo de Oxaprost en relación al salario mínimo se incrementó de un 12 % en 2012 al 28% en 2016, con un pico de 34% en 2015.

INDICADOR UTILIZADO POR LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y EL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU) PARA MEDIR ACCESO A MEDICAMENTOS.

| Año | Precio de Oxaprost pesos argentinos | Salario mínimo pesos argentinos | Proporción del precio en relación con el salario (%) |
|-------------------|--|------------------------------------|---|
| 2012 (Septiembre) | 330 | 2.670 | 12,3 |
| 2013 (febrero) | 451 | 2.875 | 15,6 |
| 2014 (enero) | 1122 | 3.600 | 31,1 |
| 2015 (enero) | 1616 | 4.716 | 34,2 |
| 2016 (enero) | 1690 | 6.060 | 27,8 |



“Somos una murga que incomoda”

■ Por Luciana M.

En un estilo musical tradicionalmente masculino, las rosarinas rompen y desafían. Modestia Aparte es una murga de estilo uruguayo compuesta íntegramente por mujeres. Denuncian femicidios, cuestionan estereotipos y despliegan sus luchas con humor y crudeza. Varones que sacan a sus parejas a la fuerza en el medio del espectáculo; adolescentes que las aplauden de pie. Una murga que no pasa desapercibida.



*La nena se está desarrollando.
¡Qué lindo le queda ese short!
El portero la miró con ganas,
y a la basura después la tiró.*

La nena es Ángeles Rawson, vivía en Ciudad de Buenos Aires y tenía 16 años. Su cuerpo fue hallado en las cintas de separación de residuos del Ceamse de la localidad bonaerense de José León Suárez en 2013 (muy cerca de donde, un año después, aparecía dentro de una bolsa el cuerpo de Melina Romero, de 17 años).

El portero que la atacó y estranguló a Ángeles es Jorge Mangeri, condenado en 2015 a prisión perpetua por femicidio, abuso sexual y homicidio agravado.

Y las que cantan, son Modestia Aparte, una murga rosarina compuesta íntegramente por mujeres. Movilizadas por la violencia de género en todas sus formas crearon el espectáculo “Desencantadas”, con el que abrieron el último Encuentro Nacional de Mujeres de Rosario y el que les permitió militar sus ideas desde la intervención artística.

Un emprendimiento cultural, feminista y autogestivo: venden empanadas, hacen rifas, corsos y fiestas para reunir fondos. Y luego, se juntan a coser sus fabulosos trajes, llenos de brillos y detalles.

Forma y contenido

Un taller de murga allá por 2012, fue el origen germinal de Modestia Aparte. Y su historia tuvo tres momentos bien marcados. Al principio, varones y mujeres se juntaron a interpretar versiones de murgas tradicionales uruguayas. Después fue “decantando” y llegaron a una composición solo mujeres pero con un sentido más glamoroso y estético. Hasta que en 2015 se dijeron “No, nosotras tenemos que hacer una murga con contenido político que nos defina y represente como mujeres”. Y así fue que decidieron ser una murga de mujeres, con forma y contenido, decididas a enfrentar los prejuicios que sabían les iban a llegar.

Las murgas uruguayas son un género musical-teatral que tiene una veintena de integrantes, coro de cuatro voces (bajos, segundos, primos y sobreprimos) y tres instrumentistas (bombo, redoblante y platillos). El espectáculo se divide en tres partes: el saludo o presentación donde se introduce en la temática elegida para el espectáculo; la parte central donde se despliega el componente más teatral y los cantos solistas (llamados cuplés y salpicón) que en general tienen críticas sociales e información de actualidad; y la despedida o retirada que es la parte final o el cierre que engloba los textos anteriores y renueva la

promesa de seguir cantando. “La murga estilo uruguaya es androcéntrica”, dispara Andrea Andrés, directora de la murga, para explicar esa mirada que pone al varón en el centro del mundo y que oculta otros géneros. “Si bien ahora pueden participar mujeres -agrega-, es históricamente patriarcal. Nosotras rompemos con eso. Nosotras no participamos, nosotras somos una murga de mujeres. Hacemos lo mismo que los varones, tenemos prima, sobre prima, segunda, clarinada, cuplé... Es decir, tenemos la formación ortodoxa de murga pero siendo mujeres. La misma composición vocal y de estructura, pero a su vez, rompemos”.

“Esto no va a sonar”, “tienen voz de pito”, “no van a poder”, “todas minas se van a matar”; son algunos de los prejuicios que tuvieron que afrontar: “Somos una murga que incomoda. Somos una murga que a los varones no les va a gustar. Nosotras somos el chivo expiatorio de los murgueros de esta ciudad. Es duro, es fuerte y movilizante. Pero es así”. Ellas conocen el territorio y los costos, pero decidieron ponerle el cuerpo a esa batalla, a fuerza de combinar compromiso político y calidad escénica.

Andrea es docente de la Escuela Provincial de Música de Rosario y, con 30 años de antigüedad, tiene un largo recorrido en la defensa de la educación pública. Por eso no es casual que el lugar de ensayo de “las modestas” sea Amsafé, sindicato docente de Rosario. “Esta es nuestra guarida, nuestro refugio”, confiesa la directora mientras su nieto corretea por los pasillos y sus compañeras docentes discuten el plan de lucha para este año.

Contrastes

En este camino de romper estructuras, Modestia Aparte no es la única. Baila La Chola (Ciudad de Buenos Aires), La Mascarada y La Dama Juana (Mendoza), Enganchate (Córdoba), La Caterva (Puerto Madryn), Las Damajuana (Santa Fé), Cero Bola (Montevideo) y algunas otras también vienen explorando una composición sin varones.

Reflexión

“Y así somos las mujeres
Nos gusta desear, querer, contar, reir
como todos los demás seres humanos.
Queremos ser libres, que nos respeten.
Queremos poder caminar por la calle tranquilas
sin que nos digan cosas que no pedimos escuchar.
Sin que nos violenten, nos limiten, nos exijan ser muñecas.
En esta gran juguetería que es la sociedad
Soy tu mamá, soy tu hermana, soy tu mujer, soy tu hija,
soy vos, ¡y somos la puta que te parió!

Las rosarinas participan en marchas, actos y encuentros de mujeres, recorren tanto los escenarios del centro como las barriadas del Gran Rosario. Y tienen muy en claro los contrastes que generan: “Nosotros hemos ido a cantar a barrios de la ciudad de Rosario donde denunciábamos los femicidios y vimos cómo los varones que estaban escuchando se llevaban a sus mujeres a la fuerza para que no nos escucharan. Es que nosotras hablamos de denuncias y derechos. Pero también nos ha pasado en muchas escuelas que chicas adolescentes se paraban y nos aplaudían. Y eso es muy conmovedor”.

“Todas fuimos violentadas y abusadas en algún momento de nuestras vidas. Y esta murga de mujeres nos ayuda a pensarnos y a seguir caminando juntas”

En los espectáculos se combina momentos de diversión y risa sarcástica con momentos de denuncia, de profundo dolor y tristeza. ¿Qué hace una murga de mujeres con la crudeza de los relatos que exponen? Abordar casos de femicidios y violencias tiene resonancias, emocionales y corporales, que las afecta personal y grupalmente. Por eso incluyeron un espacio colectivo que les permitiera abordar estos temas desde un enfoque de salud integral.



Fotografías: Facebook /Murga-Modestia-Aparte

“Nosotras tenemos dos compañeras que son nuestras guías. Y al interior de la murga hacemos talleres una o dos veces al mes, donde trabajamos cuestiones que tienen que ver en nosotras mismas. Porque a veces nos vemos a nosotras mismas en lo que cantamos. Nosotras denunciábamos la violencia pero nosotras también tenemos que trabajarlo... Todas fuimos violentadas y abusadas en algún momento de nuestras vidas. Y esta murga de mujeres nos ayuda a pensarnos y a seguir caminando juntas”. De a poco se va yendo “Desencantadas”, el espectáculo sobre violencia de género con el que vienen trabajando hace un año. Para su directora, “un espectáculo es como un libro, o un disco o un hijo, porque el desprendimiento cuesta... Pero ahora ya estamos con ‘Entangadas’, nuestro próximo espectáculo, que se llama así porque vamos a cantar tangos en ritmo de murga”. Pero fiel a su estilo político, no van a descuidar la perspectiva de género y adelantaron que en Entangadas habrá una mujer que hará de un varón que será piropeado y acosado por un grupo de mujeres. Una parodia de la antítesis de lo que pasa en las calles. Modestia Aparte es una cachetada. Es, en palabras del escritor argentino Roberto Arlt, un cross a la mandíbula. “¡Vamos mujeres, despierten! Ese es el mensaje general. Y para decir eso vamos a sopesar la risa y la denuncia”, vociferan.

¿Y cuál son los mayores desafíos para una murga de mujeres que integra el heterogéneo y transversal movimiento feminista?

“Nuestro principal desafío es seguir levantando los derechos de igualdad. Que nos reconozcan nuestros derechos. El gran desafío es por las mujeres que vienen. Nosotras tenemos la suerte de poder decir lo que pensamos...Pero hay tantas mujeres que no tienen voz, que la pasan mal. Por ellas. Que nunca se deje de escuchar la voz de la mujer. Jamás”.

Cuplé de la Belleza

¿Cómo puedo ver bien
sin usar botox?
¿Cómo puedo verme bien
sin tanto bien plástico?

Perfeciooooooooón.
Estatuto social
Los pepinos no son para cocinar.
En la farsa de la imagen
no hay que ser real
Si tus genes no pudieron
los podés comprar.

Soy un durazno al natural
a veces con pelusa
porque a mí me da igual.



EN LA VIDA COTIDIANA

“Somos malcomidos”

Al hablar del concepto de soberanía, tan identificado con el campo de lo político, podemos, sin embargo, estar refiriéndonos a diversas cuestiones. Miryam Gorban es una referencia ineludible en materia de alimentación. Poseedora de una reconocida trayectoria, esta profesional de la salud nos ayuda a reflexionar sobre por qué debemos incluir conceptos como seguridad y soberanía cuando discutimos los hábitos nutricionales de una sociedad.



¿Cómo ve la situación alimentaria actual?

Me gusta decir que “somos malcomidos”. No es solo la ingesta lo que determina una situación alimentaria, sino la calidad de los nutrientes que estamos ingiriendo. En este momento tenemos un problema grande con la obesidad, que es un ejemplo claro de malnutrición. En los últimos años se registró un aumento del sobrepeso y la obesidad, sobre todo en los niños y adolescentes.

¿Podríamos hablar de una epidemia de obesidad?

Sí. Esto condiciona no solamente un problema estético, sino que se asocia principalmente a lo que hoy llamamos Enfermedades Crónicas no Transmisibles como la diabetes y otras enfermedades. Además, una cosa es tener diabetes a los 60 años y otra muy distinta es padecerla a los 8 años.

¿Qué alternativas tenemos como sociedad?

Cuando nosotros hablamos de seguridad alimentaria nos basamos en cuestiones como que haya disponibilidad de alimentos, que haya cierta frecuencia en esa disponibilidad y que haya sostenibilidad. Todos esos parámetros los completamos en Argentina, menos el que estamos cuestionando que es el acceso a la alimentación. Es decir, los supermercados pueden estar llenos de mercadería, pero para acceder a ella hay que comprarla, por lo cual, la compra y el acceso depende de tener pleno empleo, un salario adecuado y precios justos. Si alguna de estas tres patas no se dan, tenemos dificultades en el acceso. Por ejemplo, nosotros recomendamos aumentar el consumo de frutas y verduras, pero ¿a qué costos? Tenemos precios altos y salarios deprimidos en gran parte de la sociedad y esto hace que mucha gente no pueda comprar los alimentos que necesitamos para cubrir las recomendaciones nutricionales. Algunos de los pasos importantes que dimos en los últimos años ya los estamos retrocedido otra vez, necesitamos transporte barato para que los productos de Salta lleguen a todos lados, al mismo tiempo necesitamos ir desarrollando el comercio de cercanías. Es decir, las grandes ciudades rodearlas de quintas y de chacras para que el acceso sea mucho más rápido, el precio se abarate y se tenga más accesibilidad.

¿Cuál cree que es el rol de las corporaciones alimentarias, los grandes fabricantes y las cámaras empresariales?

Son de terror. Precisamente en nuestro país en los últimos años ha habido una concentración monopólica y transnacionalizada en el rubro de alimentos. Cuando revisamos la bibliografía internacional encontramos que hay 10 empresas en el mundo diciéndonos qué tenemos que comer. Manejan la producción y comercialización de alimentos, todas esas tiene nombre y apellido, no son solamente Coca Cola y McDonald's. En nuestro país Le-

■ Miryam K. de Gorba.

Es licenciada en Nutrición y coordina la Cátedra Libre Soberanía Alimentaria de la Facultad de Medicina y Escuela de Nutrición de la UBA. Trabaja por el derecho a la soberanía sanitaria. Además es Presidenta Honoraria de Médicos del Mundo.

desma concentra el 60 o 70% de la comercialización del azúcar. Bimbo, que es una empresa extranjera, mexicana, se ha ido tragando “Panificación Argentina”, “Fargo”, etc. Es decir, el precio del pan lo determina ella en función de comprar en gran escala el trigo y dejar sin harina al panadero de la esquina, por ejemplo. La Serenísima hace lo propio en el rubro de los lácteos; existen empresas más pequeñas pero también las van absorbiendo. Kraft, fabricante de galletitas, dulces y aceite, también opera de la misma forma. Las tres, cuatro o cinco cosas más importantes de nuestra canasta están altamente concentradas. Estos son los formadores de precios, son los que determinan la inflación y la especulación y son, además, los que te dicen qué es lo que tenés que comer en función de la producción a gran escala.

Nos tenemos que convencer que el cuasi alimento no es un alimento saludable.

Tampoco es un tentempié. Son “ocnis”, es decir, objetos comestibles no identificados.

Estamos hablando de una comida altamente industrializada, la llamamos ultra-procesada. La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y hasta la Organización Mundial de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura están señalando en sus trabajos a este consumo como el fenómeno responsable del aumento de la obesidad a nivel mundial. Nos tenemos que convencer que el cuasi alimento no es un alimento saludable. Tampoco es un tentempié. Son “ocnis”, es decir, objetos comestibles no identificados. Porque vos crees que comes patitas de pollo pero no sabes realmente qué es. Los alimentos ultra-procesados se elaboran a partir de “algo” de alimento, ejemplo “extracto de queso”, más aditivos, colorantes, saborizantes, conservantes.

¿Cuál debería ser el rol del Estado ante esta problemática?

El Estado tiene que regular los precios, el nivel de ganancias y de especulación, sobre todo en las cuestiones

básicas. Que se especule con el whisky y los brillantes no me preocupa tanto, me preocupa que no se especule con el pan, con las manzanas, con la harina y el trigo. Ahí el Estado tiene que hacer algo. La política de precios máximos es histórica en todas partes del mundo y eso es rol del Estado. Otro aspecto central es el manejo de la comunicación. Yo creo que acá hemos sido muy laxos en los últimos años. Hay estudios muy importantes que nos muestran el manejo de la publicidad. Hace poco hicimos una jornada pública en donde pedí “por favor regálenme un minuto de publicidad en salud en los medios”. No tenemos nada.

Sobre el tema de la publicidad usted mencionaba anteriormente la necesidad de informar mejor para que la sociedad pueda tomar mejores decisiones. Hay muchos estudios que señalan la existencia de publicidades de alimentos no saludables dirigida a niños, ¿usted cree que habría que avanzar en la regulación de esas publicidades?

Yo creo que en alguna medida ese tipo de publicidad tendría que estar prohibida, sobre todo la dirigida a los niños. Ya lo están haciendo en otros países del mundo, en Francia por ejemplo, productos que se promocionan acá como si fueran el sumun de la felicidad, del bienestar, del crecimiento, de la inteligencia y de todo lo que quieras, está prohibida. Se llama publicidad engañosa. Nosotros tenemos una ley de publicidad engañosa y nunca la aplicamos. Tenemos que empezar por ahí.

¿Cuál es el riesgo si el Estado se retira de la función regulatoria?

Es el “sálvese quien pueda”. En economía es lo que se llama libre comercio. Te venden ayudados por la publicidad alimentos que no son saludables, pero que son muy buenos negocios para ellos, no les importa la salud. Hace veinte años que nosotros tenemos instalados este modelo de monocultivo y sojización. Hace pocos años empezamos a ver resultados en la salud. Muchos se apoyan en el argumento de que lo orgánico es caro, que es para una élite. No estamos hablando de eso, estamos planteando que hay un modelo productivo que hay que sustituir. El modelo del agro-negocio por el de la agro-ecología. Produciendo a gran escala para abaratar y para defender la salud.

A propósito de eso ¿cuál es la situación actual de los agrotóxicos?

Hace ya años organizaciones internacionales han señalado a cinco agrotóxicos como cancerígenos, encabezados por el Glifosato. Este modelo de sojización, de transgénicos, de monocultivo ha significado un gran negocio para el paquete tecnológico que acompaña al evento

transgénico. No obstante, en alguna medida estamos avanzando. El año pasado ha sido muy importante porque ya tenemos campos de la provincia de Buenos Aires que están cambiando el modelo de cultivo. Tenemos campos como La Primavera, como “La Aurora”, campos de 1000, 700 o 600 hectáreas, municipios que están empujando la agro-ecología y prohibieron la fumigación a mil y mil quinientos metros, al mismo tiempo estamos impulsando la instalación del cordón de chacras y quintas. Hay legisladores que están promoviendo proyectos de ley, como en la provincia de Buenos Aires con la ley “Coll Areco”. Aquí se han fumigado pueblos, se han fumigado escuelas y hospitales, ya tenemos campañas de resistencia en los docentes encabezados por la gente de Entre Ríos. En Buenos Aires se está armando la red de docentes por la vida, es decir, hay una resistencia pero las luchas son enormes.

Usted es titular de la Cátedra Libre Soberanía Alimentaria en la Universidad de Buenos Aires ¿qué se entiende por este concepto?

Hay una definición clásica que dice “es el derecho de los pueblos a elegir su propia alimentación, su propio modelo que respete sus disponibilidades alimentarias y su cultura”. Yo creo que al decir la palabra “soberanía” estamos hablando de política, el concepto soberanía alimentaria es meramente político. Y está asociado a la soberanía de un país. Esta es la única forma de eliminar el hambre, porque ahora levantamos la bandera de “hambre cero”. ¿Cómo vas a tener hambre cero con inflación, con desempleo y salarios bajos? ¿Cuál es la ecuación? Este concepto entonces implica soberanía política y soberanía económica, y sobre todo una distribución equitativa de los recursos disponibles.

Las cátedras permitieron difundir en un lenguaje más comprensible un problema que aparecía como el problema del campo, el problema de los agrónomos, el problema de los productores.

En ese sentido, ¿usted cree que se ha avanzado en el último año con el Gobierno del Presidente Mauricio Macri?

No. El retroceso es gigantesco. En los últimos años, al tener mayor disponibilidad de dinero la gente tuvo más acceso. Pero al mismo tiempo tuvimos una debilidad, no avanzamos en los cambios estructurales. Esto no permitió desarrollar un tipo de producción que sea más barata,



Fotografía: Facebook /calisanutricion

más sana y más accesible para que eso que vas a comprar sea también lo mejor que se puede comprar. Otro tema en donde hemos retrocedido es en la inflación, los formadores de precios no son el almacenero de la esquina. La política de precios tiene que estar enfocada a garantizar los alimentos de la canasta básica.

¿Cuál cree usted que es el rol de la producción en investigación y el trabajo académico para la instalación en la agenda social y política cuestiones de salud alimentaria?

Nosotros creemos que la fundación de las cátedras libres que datan de la última década han jugado un rol importante porque primero, cumplimos con los postulados de la reforma universitaria del '18 y abrimos las puertas de la universidad, pero fundamentalmente porque promovemos el debate interdisciplinario. Una de nuestras deformaciones profesionales es el comportamiento cerrado al interior de cada disciplina. Lo llamamos diálogos de saberes, nos parece más cálida esa expresión. Nuestra cátedra tiene un impulso especial porque está basada en el trabajo de los estudiantes, ellos le dan una dinámica propia. Todos nosotros somos voluntarios, acá no hay rentados, por lo cual también dependemos de los tiempos que nos deja el trabajo y el estudio. Las cátedras permitieron difundir en un lenguaje más comprensible un problema que aparecía como el problema del campo, el problema de los agrónomos, el problema de los productores. Y no es así, este es un problema de todos. Y este es el trecho que todavía tenemos que cubrir.

Sabemos que hay una cantidad importante de investigadores trabajando sobre la base del financiamiento otorgado por compañías alimentarias ¿cómo piensa que ese posible conflicto de intereses repercute en los potenciales hallazgos?

Eso condiciona la investigación. Monsanto y las grandes empresas han tenido y tienen convenios con las universidades. Direccionan las investigaciones y se apropian del conocimiento que tendría que ser del dominio público y no en exclusivo beneficio de las empresas sobre la base

de estas supuestas regalías. Hay algunas cosas que son interesantes y que hemos ido desentrañando a lo largo del trabajo. Tenemos la gran empresa Monsanto, tenemos el Banco Nacional de Alimentos, que es una creación de los últimos años por la sobreproducción, para evitar los residuos -tenemos la cuarta parte de lo que producimos en residuos- que recibe excedentes de producción y los distribuye a través de ONGs y distintas organizaciones tipo "Caritas" y otras más del estilo de CONIN, de Abel Albino, que luchan para erradicar la desnutrición y la pobreza, estos tres actores están vinculados y tiene el mismo cordón: el Banco Nacional de Alimentos, por ejemplo, funciona en el sexto piso del edificio de Monsanto. ¿Quién divulga los conocimientos de Monsanto y los demás? Activistas como el señor Albino. Se puede comprobar ingresando en la página de Monsanto, es uno de sus charlistas. Y ¿además que hacen? Te dan sopas deshidratadas e incluso te las dan en bolsones para que vos armes talleres de fraccionamiento para la gente carente. Yo en mi consultorio no te doy esa sopa porque es rica en grasas, rica en sodio, en colorantes y aditivos. Si la clase alta y media no consume ese producto, ¿por qué se le da a los pobres?

Hoy tenemos un gobierno marcado por algunos casos muy importantes de conflicto de interés en relación a la designación de tantos funcionarios que fueron o son CEOs de grandes compañías, también en el plano de la salud ¿cómo ve este tema y qué se puede proyectar hacia el futuro?

Yo creo que el tema es fundamental. El conflicto de interés efectivamente es un tema que está presente y se está viendo, es uno de los problemas de ética a nivel mundial, no se puede estar en la puerta giratoria, es decir, venir de la empresa privada, entrar al Estado, vaciarlo y volver a la empresa, todo después que logré las políticas y las leyes que beneficiaron a esas mismas empresas. El tema de la ética pública es un problema muy importante a controlar. El personal del Estado no puede bajo ningún punto de vista tener ningún tipo de vinculación con el sector privado. No solo lo digo a nivel del Estado, lo digo a nivel de las propias empresas.

10 mensajes saludables

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina, publicadas en 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación, son una herramienta educativa que brinda información para promover una alimentación más saludable. Consta de diez mensajes para mejorar la alimentación de la población, que han sido consensuados entre los distintos actores del Estado incluyendo áreas gubernamentales, sociedades científicas, universidades, expertos temáticos, entre otros, que han contemplado la mejor evidencia científica para su elaboración.

Estas guías y mensajes pueden contribuir a mejorar la calidad nutricional de la población en la medida que aportan información al consumidor aunque no debemos olvidar que gran parte de los determinantes del consumo de alimentos van más allá de la información disponible por el consumidor sino que están relacionadas con factores culturales, económicos y sociales. Es por ello que resulta indispensable para mejorar la alimentación tener un modelo de país inclusivo que pueda regular el precio de los alimentos del mercado interno, priorizando la calidad nutricional y el acceso a su población.

Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.

- Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.
- Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
- Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
- Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados.
- Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

Tomar a diario 8 vasos de agua segura.

- A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.
- No esperar a tener sed para hidratarse.
- Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.

- Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
- Lavar las frutas y verduras con agua segura.
- Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.
- El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares

Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.

- Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.
- Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.)
- Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio.
- Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.

- Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
- Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal.
- Si se consumen, elegir porciones pequeñas. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares.

Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.

- Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
- Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.
- Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.
- Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades

Al consumir carnes quitarle la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.

- La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.
- Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas 3 veces por semana.
- Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.
- Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.

- Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.
- Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno, entre otros.
- Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cascara.

Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.

- Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
- Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
- En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).
- Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).
- El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. evitarlas siempre al conducir.

- Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
- El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.



Patrones del consumo

El alimento no puede ser una mercancía o un instrumento de poder en manos de la industria, sino que debe ser un derecho universal al que deben acceder todas las personas y todos los pueblos.

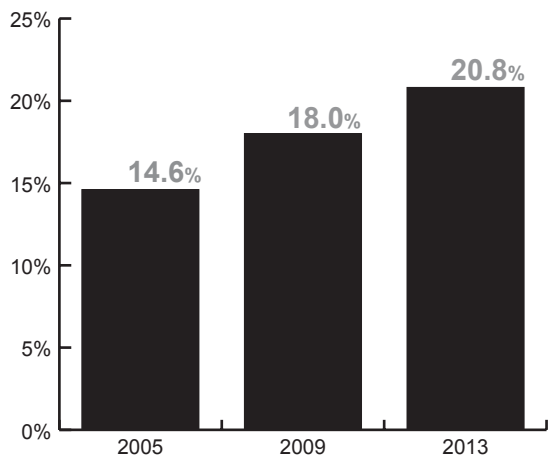
■ Por Jonatan Konfino

Es médico clínico y docente en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). Se desempeña como coordinador general de programas de salud del municipio de Almirante Brown. También es investigador del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

La globalización ha contribuido a modificar los actuales patrones de consumo de alimentos en el mundo, colaborando en el desarrollo de la epidemia de enfermedades no transmisibles, de la cual nuestro país no es ajeno. En Argentina, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte (aproximadamente 100.000 muertes por año -34% del total-) y si sumamos el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias representan el 70%.

Los cambios en los patrones alimentarios centrados en alimentos industrializados -ultraprocesados- con un alto consumo de carnes rojas, sodio, otras grasas saturadas, azúcares refinados y un relativamente bajo consumo de frutas, verduras, fibras e hidratos de carbono complejos ha generado un aumento del 42% de la prevalencia de obesidad en los adultos en los últimos 10 años: 15% en 2005, 18% en 2009 y 21% en 2013. La situación tanto en niños como adolescentes es similar según las distintas publicaciones del Ministerio de Salud. Estos patrones no son ajenos a la manera en la que vivimos y son producto de las modificaciones en los modos de vida que vienen sucediendo en la sociedad en los últimos años, al tiempo que son acompañados y guiados por las corporaciones alimentarias que intentan direccionar nuestra alimentación a través del marketing de productos no saludables.

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MAYORES DE 18 AÑOS

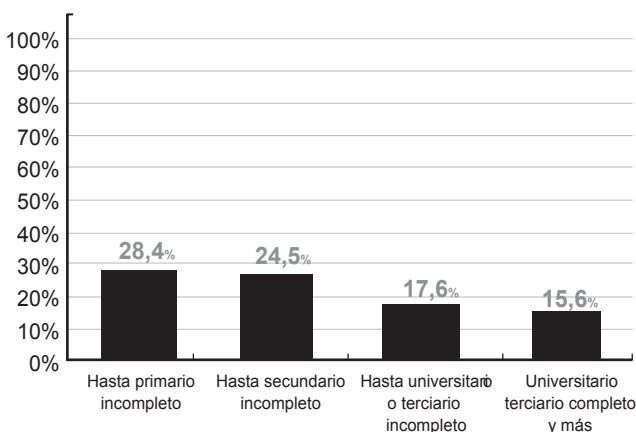


FUENTE

Elaboración propia a partir de los datos de las Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo 2005-2009-2013, Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien esta problemática afecta a toda la población resulta indispensable adentrarnos en las diferencias que existen entre los distintos niveles socio-económicos, que muchas veces quedan ocultas detrás de los promedios nacionales. Como señalamos el 21% de los adultos es obeso, pero podemos ver que la obesidad es aún mayor en las poblaciones más vulnerables debido al menor acceso a alimentos de mejor calidad nutricional:

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN MAYORES DE 18 AÑOS SEGÚN NIVEL EDUCATIVO

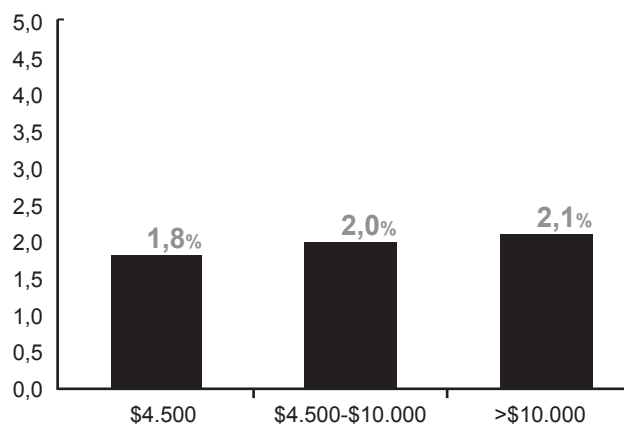


FUENTE

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, Ministerio de Salud de la Nación

Una situación similar observamos cuando analizamos el consumo de frutas y verduras. Mientras la Organización Mundial de la Salud recomienda consumir 5 porciones de frutas y verduras por día por persona (400 gramos) en Argentina se consume en promedio 1,9. Además la población de menores ingresos consume un 10% menos de frutas y verduras que los de mayores ingresos:

CONSUMO DE PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS POR NIVEL DE INGRESO



FUENTE

Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2013, Ministerio de Salud de la Nación

Es un derecho de los pueblos definir las políticas alimentarias que le permitan alcanzar alimentos nutritivos y culturalmente adecuados, accesibles, producidos de forma sustentable y sostenible y por lo tanto el derecho a decidir su propio sistema alimentario y productivo. El rol del Estado en este sentido se orienta a mediar entre los intereses del pueblo y de las corporaciones alimentarias a través de la regulación del mercado de los alimentos apuntando a garantizar el acceso a alimentos inocuos, saludables, culturalmente adecuados asegurando el estado de salud y nutrición de la población.

La obesidad es aún mayor en las poblaciones más vulnerables debido al menor acceso a alimentos de mejor calidad nutricional.

Hay evidencia científica que señala la efectividad de una serie de intervenciones que podrían mejorar las condiciones del entorno y los determinantes del consumo para favorecer una alimentación de mejor calidad nutricional:

- Mejorar el etiquetado nutricional de los alimentos para que los consumidores cuenten con información nutricional más sencilla de interpretar. Se destacan ejemplos interesantes al respecto en Ecuador (semáforo nutricional) y en Chile (sellos negros “altos en”).
- Restringir la publicidad dirigida a niños de alimentos de baja calidad nutricional y limitar los incentivos (como premios o juguetes) que promuevan el consumo de dichos alimentos.
- Diseñar medidas fiscales que mejoren el acceso a alimentos saludables y desincentiven el consumo de alimentos no saludables. Ejemplo de esto es la exitosa política llevada adelante en México que ha puesto un impuesto por litro de bebida azucarada y ha permitido disminuir el consumo de gaseosas.
- Disminuir el contenido de sal en la elaboración de los alimentos procesados y eliminar la incorporación de grasas trans (estas dos medidas ya se encuentran vigentes desde el 2010 a través de la Iniciativa Menos Sal Más Vida, la promulgación de la Ley Nacional 26.905 de consumo de sodio y la eliminación de las grasas trans a través de la modificación del artículo 155 tris del Código Alimentario Argentino).



- Promover la alimentación saludable en el ámbito educativo mejorando la calidad nutricional en los comedores y kioscos escolares.

El rol del Estado se orienta a mediar entre los intereses del pueblo y de las corporaciones alimentarias a través de la regulación del mercado, para garantizar el acceso a alimentos saludables.

Sin embargo, llevar adelante estas medidas en pos de garantizar el derecho a la salud puede conllevar discusiones con la industria de los alimentos, que seguramente intentarán defender sus intereses relacionados con el lucro. Si bien la salud debería ser una prioridad en ese marco, cuesta creer que vaya a suceder de esta manera en un gobierno de CEOs que en estas discusiones están de los dos lados del mostrador.



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

El Estado ausente

Del reordenamiento de organigramas oficiales, de la reasignación de partidas presupuestarias y la suspensión de programas sociales muchas veces se nos escapan las consecuencias que deben sortear los ciudadanos de a pie cuando estas medidas cristalizan sus efectos. Esta crónica recorre, en las voces de una pequeña comunidad de Bahía Blanca, el relato de una constante evidente: el Estado que olvida a su gente.

Alguna vez Eduardo Galeano contó que Cándido Portinari dijo en respuesta a quien llamó a la puerta de su casa interrumpiendo su trabajo sobre el lienzo: “el arte es arte o es mierda”. Con el Estado sucede igual, el Estado está presente o es como el no arte de Portinari. Desde el 10 de diciembre de 2015 asistimos casi como observadores externos a cambios regresivos en materia de políticas públicas que fueron, en un inicio, traducidos por el oficialismo como consecuencia necesaria de la “pesada herencia” recibida de los 12 años y medio de un modelo de país inclusivo y direccionado por la justicia social. Fue tan inclusivo aquel modelo que el impacto del saqueo de derechos no se sintió tan intensamente hasta casi un año después. El Estado se fue retirando al principio en puntas de pie hasta que en un tiempo y espacio imprecisos (y esto tampoco fue magia, sino un plan de gobierno) desapareció. Entonces ya no fuimos ni somos simples observadores externos sino que nos transformamos en el producto consecuencia del desmantelamiento, el retiro, la ausencia, la falta...

En el suroeste de la ciudad de Bahía Blanca, localidad del sur de la provincia de Buenos Aires, se ubica Villa Nocito. Villa Nocito es un barrio antiguo, consolidado en su historia, poblado inicialmente por inmigrantes chilenos en su mayoría, que fue creciendo en extensión pero no necesariamente en desarrollo, manteniéndose al margen de la urbanización, sin calles asfaltadas, sin cobertura total de servicios y con el primer puesto en materia de recibir promesas pero no realizaciones. Villa Nocito no tiene la típica configuración de una villa o asentamiento, las calles son anchas, de doble circulación para vehículos, tiene instituciones que se conservan a través de los años y son respetadas y funcionan como espacios de contención y apego en la vida cotidiana de quienes habitan el barrio. Paradójicamente, para el municipio de Bahía Blanca, Villa Nocito es considerado “zona residencial” al momento de cobrar tasas y tarifas de servicios públicos que son deficitarios.

La comunidad de Villa Nocito durante muchos años fue blanco de prejuicios (aún lo sigue siendo pero en menor medida) incluso por los barrios circundantes. Sin embargo, quienes habitan la “villa” han sabido y podido trascender esa demarcación en torno al “villero” que imponen los presupuestos de ciertos sectores de la sociedad y para ello han contribuido los doce años y medio de políticas públicas que promovieron la inclusión, la equidad y la transformación de los ciudadanos considerados otrora de tercera o cuarta en verdaderos sujetos de derecho.

Sin embargo hoy y a poco más de un año del cambio de modelo de país instaurado la regresión sufrida es incultable. No solo desde lo individual, desde el relato de quien se acerca y cuenta cuando tiene la oportunidad de decir que lo que antes era posible ya no, sino desde lo institucional, desde lo colectivo, lo barrial puede oírse

■ Por María José Sogni Casco

Es médica egresada de la UBA, especialista en Medicina Familiar y General y paliativista. Además se diplomó en Redes Sanitarias en la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ).

la queja por lo que había, por lo que el Estado proveía y repentinamente arrebató. Y en realidad no es el Estado el responsable, el Estado también es víctima de este plan sistemático de desapariciones. Cuenta un pibe que asistía a la unidad sanitaria del barrio a buscar preservativos: “Un día fui y no había más y siempre había antes, vos ibas cualquier día y había. Ahora no, está vacío”. Dice la verdad, el dispenser de preservativos está vacío y lo mismo ocurre con las pastillas anticonceptivas. “Antes podíamos entregar tratamientos anticonceptivos para tres meses a cada una de las 60 mujeres que tenemos en programa, ahora solo una caja”, relata la enfermera de la unidad sanitaria. Hay un antes, que se dice con la palabra y con el recuerdo de un tiempo mejor y hay un ahora que se atraganta de desesperanza. Uno de los profes de apoyo escolar comenta: “Los pibes venían entusiasmados después de la escuela y se sentaban a hacer la tarea y estaban atentos y terminaban rápido para volver a sus casas, ahora si no les damos primero algo para comer no se motivan, no arrancan, algunos vienen sin comer desde la noche anterior”. Nuevamente, antes y ahora, y en la escuela también lo perciben las docentes: “Seño no comí, tengo hambre” y ellas hacen lo que pueden como pueden con lo que tienen, porque se han vuelto además de docentes, administradoras de los escasos recursos que les envían, porque ya no es como antes: “lo que tenemos acá guardado en el depósito es lo que nos quedó de stock, lo que nos sobraba todos los meses, ahora nos está empezando a faltar”, cuentan.

Los derechos deben ser progresivos, jamás regresivos, porque pasar del bienestar al malestar trae aparejado dolor, tristeza, infelicidad, sobre todo cuando ese bienestar está garantizado y nos atraviesa como un haz luminoso de dignidad y sabemos que podemos desear y que el deseo puede concretarse.

“Antes mi mamá me llevaba al cine del shopping y comíamos hamburguesa, ahora no puede porque no tiene trabajo” cuenta Ian, mientras hacemos la tarea de inglés, delante del resto de los compañeros de apoyo y algunas voces se suman. Entonces nos vamos enterando que antes podíamos consumir, elegir, estrenar, y ahora no, porque mamá, papá, abuelos, se quedaron sin trabajo y la jubilación no alcanza y ya no elegimos entre “Los Vengadores” o “Batman vs. Superman”, ahora elegimos



Fotografía: Facebook /unidadsanitaria.villanocito

entre comer y no comer, algo tan elemental y necesario para vivir.

D. es joven, muy joven y le diagnosticaron hace unos años Enfermedad de Parkinson, antes accedía sin mayores inconvenientes a toda la medicación indicada por su neurólogo. “Hay un medicamento que ya no lo cubre más la obra social y es el más caro”, cuenta su madre. Ese medicamento, el más caro que ya no cubre su obra social es el que mejor controla sus temblores, entonces ahora tiembla y se angustia y elige quedarse en su casa. Y una vez más, antes y ahora, antes el medicamento era un bien social, acceder a él un derecho incuestionable y ahora es un bien de lujo.

Empiezan a tomar conciencia de que son los principales afectados por el retiro del Estado como planificador, regulador y ejecutor de políticas públicas.

Algo similar sucede con los beneficiarios de PAMI. Diariamente se reúnen en el centro de jubilados para realizar actividades recreativas y de contención. “Muchos abuelos la están pasando mal, no les alcanza, o pagan medicamentos o servicios o comen, tienen que elegir”, cuenta la vicepresidenta del centro.

Hace unos meses atrás en una sucesión de anuncios rimbombantes se le informaba a la comunidad de Villa Nocito que el sueño de las principales calles asfaltadas, sobre todo aquellas por donde hace el recorrido el trans-

porte público, era un hecho concreto. Por supuesto una vez más la gente del barrio eligió confiar porque siempre es mejor vivir esperanzado. Sin embargo, la obra que tenía que comenzara la semana siguiente del anuncio no comenzó y los ánimos oscilaron entre la rabia y la resignación, un ejercicio al que parecieran estar bastante acostumbrados.

Producto de la “pesada herencia” aún se sostienen en una línea delgada entre la inclusión y la exclusión, aún muchas personas no están totalmente afuera de los márgenes y en las últimas fiestas de diciembre se puso en práctica solidaridad de la buena, horizontal. “La gente no tiene plata porque no tiene trabajo”, cuenta A., propietaria de un almacén chiquito, “pero yo les fío, si nos conocemos todos acá”.

El primer año que quedó atrás no fue tan despiadado comparado con los que quedan por delante, todavía hay un resto de derechos no arrasados, mejor dicho vestigios de derechos que permiten transitar sin dar mucha cuenta de lo que era y ya no es. Sin embargo el retroceso empieza a notarse, comienza a cuestionarse la idea de “cambio”, ¿era esto el cambio? ¿no decían que no nos quitarían nada de lo que teníamos? “En el 2015 nació mi hijo y recibí el Qunita, relata Y., y ahora lo quieren sacar porque dicen que es inseguro...mi hijo lo usó y lo sigue usando, nunca le pasó nada malo y además es precioso el kit”.

Las mujeres, hombres, jóvenes y hasta los niños del barrio dicen cuando pueden, expresan la desilusión, el temor, la incertidumbre, empiezan a tomar conciencia de que son los principales afectados por el retiro del Estado como planificador, regulador y ejecutor de políticas públicas.



Organizarse para construir

La superación del individualismo, en la búsqueda de una comunidad que nos reúna para ser mejores y más inclusivos, se pone blanco sobre negro a la hora de una desgracia climática ambiental. La participación militante en las inundaciones de Arroyo Seco fue tanto acción solidaria como práctica política, dos partes de una profunda convicción ideológica.

Estamos convencidos de que los fenómenos sociales, en este caso los relacionados con la salud, deben estar encabezados por el pueblo. Cuando se trata de una catástrofe natural (más allá de las negligencias u omisiones que lo provoquen) es el espíritu solidario el que aflora. Pero no se trata de una solidaridad aséptica, sin causas ni compromisos. Es una solidaridad en el dolor y sufrimiento, pero que nace de la convicción de que el pueblo debe participar y organizarse para lograr construir un Estado que nos contenga

ga y una realidad que cada día nos incluya más a todos y todas.

Esta vocación de construcción de ciudadanía y derecho, especialmente en las situaciones más adversas, logró ser muy bien sintetizada en la frase de la ex presidenta Cristina Fernández de Kirchner, “La Patria es el Otro”, con la cual transmitió a todos los argentinos lo que estaba sucediendo en La Plata luego de las inundaciones de 2013. En esta oportunidad, esta consigna atravesó todas las jornadas solidarias que se

■ Por Julián Polinesi

Es concejal electo de Arroyo Seco por el FPV y militante de la agrupación La Cámpora. Cursa la carrera Ciencias Políticas en la UNR.

realizaron en el sur de la provincia de Santa Fe durante enero, donde llovió en pocas horas lo que debería haber llovido en meses.



Muchos barrios se vieron afectados, no solo aquellos que lamentablemente siempre sufren las consecuencias de las fuertes lluvias, sino también aquéllos que nunca imaginaron vivir una situación semejante. No es necesario poner por escrito las pérdidas materiales y afectivas que dejó el temporal. Preferimos concentrarnos en remarcar la acción solidaria, la capacidad de organización y de entrega de compañeros y compañeras que en diferentes operativos colaboraron con los vecinos brindando su tiempo y apoyo.

En situaciones como esta, donde los tiempos exigen reflejos rápidos y unidad de concepción y acción, es cuando La Comunidad Organizada²³ nos vuelve como doctrina principal. Es desde el pensamiento de una humanidad que en su solidaridad se redima, donde el “yo” se perfecciona en un “nosotros”, donde “La Patria es el Otro” encuentra su principal significado y contexto. Quienes militamos en organizaciones políticas y sociales sentimos propia la responsabilidad y el deber de dar respuestas concretas y, sobre todo, de estar junto a nuestros compatriotas para acompañarlos y para trabajar codo a codo con ellos donde nos necesiten.

Es por ello que compañeros y compañeras de diferentes organizaciones que integran el Frente Para la Victoria (FPV) decidimos reafirmar

nuestro compromiso y organizarnos para realizar jornadas solidarias simultáneas en las localidades más afectadas: Rosario, Villa Gobernador Gálvez y Arroyo Seco.

El sábado 21 de enero, desde temprano en la mañana, recorrimos los barrios más vulnerables y repartimos kits de limpieza. También brindamos ayuda a los vecinos respecto a cuestiones de higiene, entregando las donaciones que habían sido recibidas en las unidades básicas los días previos. Colaboramos con la limpieza y refacción de las casas inundadas y tratamos de resolver toda necesidad que estuviera a nuestro alcance. Esta labor fue acompañada por un operativo sanitario de intervención territorial de Salud, en el cual los compañeros médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y promotores, relevaron la situación de las familias afectadas y las veterinarias, junto a voluntarios, desarrollaron tratamientos relacionados a la sanidad animal.

Arroyo Seco fue una de las ciudades más afectadas del sur de la provincia de Santa Fe. Muchos barrios quedaron bajo el agua y sus habitantes perdieron la mayoría de sus pertenencias. Desde que comenzaron las fuertes lluvias y en los días posteriores, compañeros de distintas agrupaciones políticas de esta localidad y localidades vecinas se acercaron a

brindar apoyo. Recibieron, clasificaron y ordenaron las donaciones que llegaban a la Unidad Básica. Además, brindaron información sobre los centros para evacuados que instaló la municipalidad y desarrollaron tareas de relevamiento espontáneo, peticiones formales de donaciones a empresas de la ciudad, y colaboraron con otras instituciones locales como iglesias.

En situaciones como esta, donde los tiempos exigen reflejos rápidos y unidad de concepción y acción, es cuando La Comunidad Organizada nos vuelve como doctrina principal.

Todo ese trabajo previo fue clave para la jornada solidaria que hicimos el sábado 21 de enero en donde logramos desarrollar actividades simultáneas y articular con algunos de los barrios más afectados de la ciudad: El Ombú, San Francisco, Virgen del Luján, Doña Pepa, Versalles y Playa Hermosa. Allí compañeros y compañeras de Arroyo Seco, junto a compañeros médicos, trabajaron a la



par para poder llegar a la mayor cantidad de vecinos posible.

La jornada comenzó alrededor de las 10 de la mañana. En el punto de encuentro, se armaron grupos, se asignaron las tareas y se dividieron las zonas. Gracias a las donaciones que los vecinos fueron acercando en los días previos y a compañeros de todas las localidades cercanas (y no tanto) que hicieron llegar lo recolectado en sus ciudades, pudimos cubrir las necesidades básicas de los afectados. Entregamos ropa y calzado (clasificado previamente para acercarle a cada familia aquello que le fuera útil), kits de limpieza, alimentos no perecederos y colchones.

Una segunda jornada, más enfocada en el aspecto sanitario, fue posible gracias a la colaboración de los compañeros profesionales del área de salud de Atamdos, que poniendo al servicio del pueblo el saber que adquirieron, recorrieron los barrios más afectados para dar recomendaciones de higiene personal y del hogar, escuchando sus principales inquietudes y atendiendo sus consultas.

El enfoque principal del operativo de Salud estuvo puesto en fortalecer la prevención sobre los factores de riesgo en las zonas inundadas. Para lograr este objetivo se diseñó un relevamiento del impacto de la cober-

tura de salud pública al momento de la emergencia. En total fueron relevados 131 grupos familiares, en los cuales se observó que la mitad no habían recibido suficiente información sobre dengue o leptospirosis, por lo que se les explicó y se dejó folletería sobre el tema. En la mayoría de las zonas cercanas a Arroyo Seco las condiciones de vulnerabilidad que aparecen luego de inundaciones se vieron agravadas por la inexistencia de servicios públicos y la ausencia de tareas de limpieza realizadas por el municipio. Por eso, se hizo hincapié en el tratamiento del agua, se entregaron pastillas potabilizadoras y cloro a las familias remarcando la necesidad de utilizar calzado e indumentaria cerrada y guantes a la hora de realizar tareas de desinfección.

Las condiciones de vulnerabilidad se vieron agravadas por la inexistencia de servicios públicos y la ausencia de limpieza por parte del municipio.

Por último, si bien no era el objetivo central del operativo, el equipo de salud intervino en casos específicos que requerían atención médica inmediata,

sobre todo pediátrica. El centro de salud cercano a los barrios estaba saturado por la situación y muchos de los vecinos (que manifestaron tener fichas allí y concurrir seguido) habían perdido sus turnos. Se atendieron entonces los casos que estaban dentro de las posibilidades de la jornada y se instó a reiniciar tratamientos interrumpidos o controlar los cuadros que se habían agravado luego de la inundación. Respecto a esto, se observaron casos de personas con enfermedades crónicas que se habían quedado sin medicación y casos de embarazos de riesgo.

Los datos del relevamiento fueron centralizados por los compañeros de Arroyo Seco, para ser utilizados a la hora de otra intervención o para continuar con algún dispositivo de salud particular. En el informe, los profesionales de la salud dijeron que “en términos parciales podemos concluir que, aun con presencia de efectores de salud pública al momento de la emergencia, no es posible generar condiciones para la comprensión de los riesgos en la salud de la población si no se trabaja sistemáticamente en el barrio. En este sentido, es fundamental llevar a cabo las obras necesarias de saneamiento y de accesibilidad a servicios definidas junto con los vecino/as, para que el impacto en el trabajo de prevención sea directa-



mente proporcional al mejoramiento de las condiciones socio-sanitarias de los grupos familiares que allí habitan”.

“En una sociedad su degradación se mide por el trato que dan a los animales, seres indefensos. El peronismo está en todas partes y si los perros callejeros, esas mayorías humilladas y sufrientes, pudieran hablar serían peronistas, sin ninguna duda”. Un reflexión que acompañó con elocuencia la labor realizada por las voluntarias que participaron de la jornada, realizando operativos de sanidad animal, entendiendo que la salud humana y la animal se complementan y la vida en sí misma debe ser respetada.

El equipo estaba compuesto por dos veterinarias y diez voluntarios, provenientes de diferentes extracciones políticas, convencidos de que la participación en esta jornada era fundamental. Regularmente el grupo, oriundo de Pueblo Esther, extiende su trabajo a diferentes localidades de la provincia de Santa Fe, poniendo el cuerpo, su tiempo y su energía, con la premisa principal de la relación sanidad animal-salud pública, acompañando el rol del Estado allí donde está presente o militando para que se haga presente, sobre todo haciendo hincapié en la necesidad de que

municipios y comunas reglamenten ordenanzas relacionadas con la salud animal. Se desparasitó y aplicó medicación antisármica a alrededor de 120 animales. También, se confeccionó un registro para que luego las voluntarios locales pudieran chequear la evolución de los animales y/o pudieran realizar castraciones. Tal como remarcó Silvia, una de las veterinarias, la salud animal debe estar incluida en la agenda de la salud pública.

Estas jornadas solidarias pudieron realizarse porque a todos los compañeros nos une el sentido del deber de acompañar a los vecinos.

Las jornadas solidarias se desarrollaron también en otras localidades afectadas. El mismo día, en la ciudad de Rosario, se desplegaron actividades en diferentes puntos. En el centro comunitario San Martín Sur, se realizaron labores de limpieza y recuperación de las zonas afectadas y de los espacios públicos, junto con la asistencia a los vecinos. También en Villa Gobernador Gálvez, en los barrios Municipal, Coronel Aguirre,

Chigllione y La Tablita, se realizaron tareas de higiene y asistencia a las casas afectadas, en donde compañeros y compañeras colaboraron en reconstrucción y refacción.

El despliegue en simultáneo de estas jornadas solidarias pudo realizarse porque a todos los compañeros, en cada localidad, en cada barrio nos unen las convicciones, el sentido del deber de acompañar a los vecinos ante las situaciones adversas y la capacidad de organizarnos frente a demandas puntuales, siempre teniendo como horizonte el sueño de una patria justa, libre y soberana, donde todos los argentinos puedan vivir con dignidad. Agradecemos especialmente la participación de profesionales y compañeros y compañeras que brindaron su tiempo y esfuerzo, y también a los vecinos, por su confianza en un contexto tan adverso.

La tragedia arrasó todo a su paso: los recuerdos y el sudor de tantos años. Pero nos expuso a ver más allá de lo cotidiano. La política y las convicciones viven en-acto, la participación no solo obedece a la voluntad solidaria, ni a la construcción de referencia en una localidad, sino principalmente a la certeza de que es el colectivo comunitario que nos une la mejor manera de mostrar donde están las convicciones: junto al pueblo.

El derecho a la salud: ¿una política pública?

Bibliografía

- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. (2016). Guía para la elaboración de políticas públicas / Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. San José de Costa Rica.
- Gollan, Daniel, Rovere, Mario y otros. (2015). ¿Qué hacer en Salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria. Editorial Colihue.
- Maldonado Montes, Josefina. (2011). Hagamos entre todos la política pública. Una reflexión sobre la visión relacional de la política pública de Freddy
- Mariñez Navarro. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México.
- Manoukian, Daniel Esteban. (2004). Construcción de redes en Salud, el caso Cutral Có – Plaza Huinca. Ediciones Isalud, Buenos Aires.
- Merhy, Emerson Elias y Onocko, Rosana. (1997) Praxis en salud, un desafío para lo público. Parte I: Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Buenos Aires.

¿Qué políticas públicas atraviesan un centro de salud?

1. Unidad Sanitaria Parque del Oeste, cuartel v, Moreno, Pcia. de Buenos Aires. 6247 habitantes a cargo según censo 2010. Información brindada por la Jefa de la Unidad Sanitaria.
- 18960 prestaciones según la suma de las prestaciones realizadas durante el año 2016 en clínica, pediatría, psicología, odontología, obstetricia, ginecología y enfermería.

Entre las tareas pendientes y la restauración neoliberal

2. Foster, R. (2016) El nuevo espíritu del capitalismo. Página 12. Buenos Aires.

ART. El debate actual

3. Documento elaborado por el Observatorio del Derecho Social de la Central de Trabajadores de la Argentina . (2016). Equipo de trabajo: Silvina Benevento, Julia Campos, Luis Campos, Mariana Campos y Jimena Frankel.
4. OIT, Informe Día Mundial Seguridad y Salud en el Trabajo: Estrés en el trabajo: un reto colectivo. (2016) Ginebra.
5. Duce Suaya. Lectura Crítica de los Despidos en el Mundo del Trabajo. (2016). Argentina.

El medicamento es un bien social

6. Marcia, Angell. (2011) .La verdad acerca de la in-

dustria farmacéutica. <https://detenganlavacuna.files.wordpress.com/2011/11/verdad-industria-farmacéutica.pdf>

7. Viñas, Carmen. (2014, abril, 22). Novartis compra la unidad de oncología de GlaxoSmithKline por 11.600 millones de euros. <http://www.elmundo.es/economia/2014/04/22/53565069ca-47410b128b4576.html>
8. El Cronista. (2016, septiembre, 14). Bayer compra Monsanto por u\$s 66.000 millones. <http://www.cronista.com/negocios/Bayer-compra-Monsanto-por-us-66.000-millones-20160914-0087.html>

Trump y la gran industria farmacéutica

9. Traducción Laura Sacchetti, Mario Rovere

¿Regulados o en manos del mercado?

10. Obtener patentes para cambios triviales o sin importancia terapéutica de medicamentos ya existentes, con el propósito de extender la vida de la patente original.
11. Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio.

La medicalización infantil

12. (2012). Una mirada específica sobre la problemática del consumo de psicofármacos en argentina. Sedronar.
13. Siguiendo con los desarrollos foucaultianos acerca del “biopoder”, el término “biomedicalización” refiere a lo que Celia Iriart define como la “internalización de la necesidad de autocontrol y vigilancia por parte de los mismos individuos”.
14. “Normal” es el término que erróneamente suele utilizarse como sinónimo de “saludable” en la infancia.

Bibliografía

- Benasayag & Dueñas Comps. (2011). Invención de Enfermedades. Buenos Aires.
- Dueñas, G. (2013). Niños en peligro. La escuela no es un hospital. Buenos Aires.
- Follari, R. (2007). La interdisciplina en la docencia. Polis-Revista Latinoamericana.
- Foucault, Michel. (2002). Vigilar y Castigar. Edición Buenos Aires.
- Galende, E. y Lodieu, Nabergoi y Sopransi. (2012). Equipos interdisciplinarios en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. UNLa.Virtual / Universidad Nacional de Lanús.
- Iriart, C, e Iglesias Ríos. (2012). Biomedicalización e infancia: trastorno de déficit de atención e hiperactividad en Interface. Comunicación, salud y Educación. Brasil.
- Leyes Nacionales 26061 y 26657 y sus respectivos

decretos reglamentarios.

- Menéndez E. (1985). Modelo médico hegemónico, crisis socio-económica y estrategias de acción en el sector salud. Cuadernos Médicos Sociales N° 33, Rosario.
- Pelento, Marilú. (2011). Incidencia de los cambios culturales en la subjetividad de los niños en Dueñas, G, Comp (2011). La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes?. Buenos Aires.
- Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social / ISSN 1315-5216. CESA - FCES - Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela
- Van Dijk, Teun A. (2005). Ideología y Análisis del Discurso. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España -Utopía y Praxis Latinoamericana / Año 10. N° 29
- Van Dijk, Teun A. (2005,julio). Política, Ideología y Discurso. Quórum Académico- Vol. 2. ISSN 1690- Universidad del Zulia

Garantizar el acceso para salvar vidas

15. Ministerio de Salud de la Nación
16. Bergman and col. Prescribing by general practitioners in Denmark (Funen), Italy (Ravenna area) and Sweden (Stockholm). (2006).
17. (2013). Documento de Posición OPS/OMS.
18. (2013). Confederación Farmacéutica Argentina.

Publicidades engañosas

19. La normativa a través de la cual se rige la ANMAT: Disposición 4980/05, Disposición 2335/07, Disposición 2845/2011, y Disposición 6516/15.

El impacto del Programa Remediar

20. Grimblat, Erika, Romina Gaglio y Liliana Paula González, Programa Remediar + Redes, Ministerio de Salud de la Nación. (2013). Cuidado de Medicamentos en el Primer Nivel de Atención. ISBN: 978-950-0142-0.

Atrapados por el marketing

- 21.(2015) IMS Health

Acceso al medicamento con perspectiva de género.

22. (2012). Fallo F.A.L s/medida autosatisfactiva CSJN, considerando 25.

Organizarse para construir

23. (1949, abril, 9). Conferencia magistral del Excmo. Señor Presidente de la Nación, General Juan Domingo Perón, al cierre del Primer Congreso Nacional de Filosofía. Mendoza.

“Cierto que no prescindí de ningún laberinto
que amenazara con un callejón sin salida.
Ante otro más de lo mismo creí en lo distinto
porque vivir era búsqueda y no una guarida.

Pero quiero que me digas, que no todo fue naufragar
Por haber creído que amar era el verbo más bello
Dímelo... me va la vida en ello.”

Me va la vida en ello - Luis Eduardo Aute

En el momento en que tengan en sus manos este ejemplar, el mes de marzo de 2017 se habrá consolidado definitivamente como el mes en el que el pueblo argentino se puso de pie y tomó las calles para resistir a la salvaje avanzada neoliberal.

La marcha del 24 no puede, no debe, quedar fuera en nuestra consideración de estas jornadas. Porque el 24 no es solo conmemoración. El 24 es lucha. Durante el 24, además de gritar “NUNCA MÁS”, cantamos, gritamos y marchamos por los derechos que supimos conseguir y que día a día nos quieren quitar.

Este 24 el pueblo salió masivamente a las plazas en todo el país porque este es el gobierno de la pata civil de la dictadura. Y este gobierno, el de los que nunca rindieron cuentas por los crímenes cometidos, quiere avanzar un poco más en su impunidad bastardeando la memoria de nuestros compañeros desaparecidos.

A nosotros nos faltan los 30.000. Nos faltan esos 30.000 intendentes, 30.000 delegados sindicales, 30.000 diputados y diputadas, 30.000 científicos y científicas.

Por eso salimos a decirlo, lo pintamos en carteles y paredes y lo reafirmamos porque es tan importante y vigente como que Milagro Sala sigue presa.

Por eso mientras marchamos, nos abrazamos. Como con la marcha docente, la marcha del pueblo trabajador, la marcha de las mujeres y los colectivos por la diversidad.

Nos abrazamos como cada vez que salimos a poner el cuerpo y a enfrentar a quienes se comportan como los dueños de nuestra patria, los dueños de todas las voces, los dueños de nuestros sueños.

Nos abrazamos porque seguiremos dando las batallas de los compañeros que ya no están. Porque, a pesar del horror, no todo fue naufragar.

LIBEREN A MILAGRO

30.000 COMPAÑEROS DETENIDOS DESAPARECIDOS PRESENTES



Fotografía: Estanislao Santos

