

POLÍTICA ACTUAL DE MEDICAMENTOS
EN
NUESTRO PAÍS:
UN ANÁLISIS DEL PLAN REMEDIAR

UN DOCUMENTO DE LA
CÁTEDRA LIBRE DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS
FACULTAD DE MEDICINA
U.B.A.

*“El lugar mas caliente del infierno, será reservado a aquellos que mantuvieron neutralidad en tiempos de crisis moral”
Divina Comedia, Dante*

Política actual de medicamentos en nuestro país. Un análisis del Plan Remediar.

Introducción

La producción de medicamentos es una de las ramas productivas más importantes en la economía planetaria. El gasto mundial anual en "prescription drugs" (medicamentos bajo receta) en el año 2001 fue de 364 000 millones de dólares, cercano al doble del producto bruto actual de la Argentina.¹

Esta participación de la industria farmacéutica en la economía global ha crecido en forma importante en las últimas décadas por diversas razones entre las que se distinguen el envejecimiento de la población (en especial, en los países desarrollados) y una creciente mercantilización de la atención de la salud, **lo que se evidencia en el** gran incremento del consumo de medicamentos sin acción probada por parte de la población sobre todo de los países ricos y en menor magnitud **en** los países pobres a través de la medicalización artificial impuesta por **el mercado de medicamentos no esenciales**.

El mercado de medicamentos de los países pobres es un objetivo importante para la industria farmacéutica ya que si bien el consumo por persona de fármacos es muy inferior a la magnitud total de las ventas es potencialmente enorme al considerar que en estos países vive la mayor parte de la población mundial que es también la que más enferma.

Por estas razones es importante analizar las características **del** desarrollo actual del mercado farmacéutico en un país como Argentina donde una crisis económica y social sin precedentes dejó a millones de personas sin acceso a los medicamentos básicos esenciales (MBE). El análisis crítico de las respuestas del Estado a esta crisis y el rol que cumplieron los organismos de crédito multilaterales (BID, Banco Mundial) es fundamental para programar acciones políticas presentes y futuras que permitan un acceso universal a la medicación, con medicamentos esenciales de adecuada calidad y con políticas de medicamentos de los países que permitan un desarrollo poderoso, autónomo y con un control estratégico de los intereses de la población a través del protagonismo político del Estado. El presente trabajo se basa en la convicción de que hay otra vía posible y necesaria: **la Producción Pública de Medicamentos** como alternativa y herramienta estratégica que debe tener el Estado.

I. Características de la Industria Farmacéutica Argentina en la Década del 90.

En la Argentina el mercado de medicamentos tiene características oligo-monopólicas de tipo vertical y horizontal, que se agravaron durante esta década. De tipo horizontal porque de la totalidad de laboratorios privados, solo una mínima cantidad de estos se quedan con la mayoría de las ventas. Y de tipo vertical porque durante esta década avanzaron en el manejo de la distribución, financiación, y por último en la regulación de los precios del mercado, con el aval ideológico, cuando no material, de los gobiernos. El gasto de medicamentos en el fin de década llegó a ser absurdamente alto: 32% del gasto de salud.²

El mercado de medicamentos **entonces** está influido por los actores que intervienen en la producción, distribución, financiación, consumo y regulación.

Con respecto a la producción, la Industria Farmacéutica de capital nacional se caracterizó por tener una mayor participación de las ventas en la totalidad de la industria. Sin embargo, desde la década del 80 a finales del 90 la participación de las ventas por parte de la Industria Local con respecto a la multinacional, fue disminuyendo, este fenómeno se produjo por la adquisición de empresas de bajos recursos por parte de las que tienen un importante poder en la facturación, y la recomposición de precios.

El interés por parte de estos capitales en la Industria Farmacéutica Argentina no fue casual, el mercado de medicamentos en nuestro país, posee y maneja un volumen de dinero que lo ubicó durante años entre la primera docena del ranking mundial de ventas. En términos relativos, el mercado nacional representó el 1.5% (1976), el 1.3% (1985) y el 1,4% (1996) de las ventas mundiales.³

I.a Producción

Quiénes intervienen en la producción son los laboratorios medicinales, con producción industrial. En un porcentaje mínimo, droguerías y farmacias que hacen preparaciones magistrales, con producción artesanal. A finales de los años 90 había en nuestro país, 280 laboratorios de Especialidades medicinales, asociados a tres cámaras empresarias, pero solo 25 se quedan con el 75% de las ventas. En el año 2000 la industria local se quedaba con el 54% de las ventas y las multinacionales con el 46%^a.

En el mercado de medicamentos la industria es quien maneja casi la totalidad de la facturación, mientras que la participación de los productos artesanales es mínima.⁴

I.b. Distribución

La **distribución** a farmacias y centros de salud, tanto privados como estatales, fue cambiando su forma a principios de la década del 70. Los laboratorios tomaron en ese momento dos estrategias relevantes, a saber^b:

- ☞ Integración del primer eslabón de la cadena de comercialización.
- ☞ Captura de los contratos de provisión de medicamentos a los seguros de salud.

^a Fundación de Investigación para el desarrollo. FIDE. Informe Económico Mensual

^b Estudios de la Economía Real. Op. Cit.

A fines de la década de los años setenta y comienzos de la década del ochenta, los laboratorios **introdujeron** una serie de reformas que **culminaron en** la creación de empresas encargadas de almacenamiento, distribución y en pocos casos la venta de medicamentos.

A estas empresas se las llamó **Distribuidoras**.

Actualmente, el control de la cadena de distribución se realiza por la creación y fusión de distribuidoras, como Disprofarma, Rofina y Farmanet que conforman una mega distribuidora denominada Pharma Star con control de 65 % de la distribución total de los medicamentos. Es importante aclarar que Pharma Star esta formada por los veinticinco laboratorios más importantes del país, entre nacionales y extranjeros. Este oligopolio por lo tanto maneja el mercado por medio de la producción y la distribución de los medicamentos.⁵

Las mandatarias de estas empresas son las signatarias de los contratos con prepagos y obras sociales, se encargan de la provisión de medicamentos a sectores de poder adquisitivo mediano y alto, y han avanzado en este segundo eslabón de la cadena de distribución.

Así mismo, lo que ocurrió con las droguerías también ocurrió con las mandatarias. La primera que inicia este cambio de dueños fue la mandataria Diversified, que pertenecía a Droguería Americana y fue comprada por de Pharma Star. El objetivo de esta compra fue comenzar a cerrar contratos con los seguros médicos mediante el accionar de Diversified, para lo cual se ofreció a todos los laboratorios tener alguna participación en la mandataria de tal manera que la misma pueda representar la oferta total de medicamentos en los ofrecimientos de provisión de medicamentos.

I.c. Consumo de medicamentos

Dentro de los países en desarrollo, **los de América Latina redujeron** su participación en el consumo de medicamentos del 35 al 28 % entre 1976 y 1985, concentrándose este consumo en los sectores de mayor poder adquisitivo. Este hecho no se corresponde con las necesidades sanitarias sino con las posibilidades económicas de consumir medicamentos.⁶

En tanto una parte de la población sobre-consume, otra mayoritaria ni siquiera puede acceder a medicamentos esenciales salvo que los mismos sean provistos por el Estado.

La Argentina integra el grupo de alto consumo de fármacos, con una pequeña porción de la población con altísimos niveles de consumo, y otra, una gran parte, sin posibilidades de acceso. Provincias como Jujuy, Formosa y Catamarca consumen menos medicamentos que el barrio de Palermo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁷

Se estima que esta situación se extiende a más de quince millones de personas con una agravación aguda y severa en el año 2001, ya que la crisis económica determinó que aproximadamente 60% **de la población** se encontrara bajo la línea de pobreza y 25% fueran indigentes^c.

I.d. Acceso a medicamentos

En el año 2000 la tercera parte de la población no accedía a medicamentos por no poder pagarlos. Hoy es un poco menos de la mitad, aproximadamente quince millones de personas. En el Conurbano Bonaerense 2 de cada 3 personas no tienen acceso a medicamentos^d.

^c Estudios de la Economía Real, el mercado de los medicamentos en la Argentina. Edición 1999. Secretaría de Industria Comercio y Minería. Ministerio de Economía.

^d Navarro, Roberto. Cash. Suplemento económico de Página 12. 12 de marzo de 2000. N° 517

Pero si existen las dificultades para el acceso, esto se concentra de un modo más grave en la población de menores recursos, no solo por carecer de ellos en el sentido material, sino **por tener** menos alternativas, dado que no obtienen descuentos para adquirirlos, llegan más tarde a la consulta (por lo que **necesitan** medicamentos menos accesibles aun), no pueden concurrir a los controles posteriores, etc. Solo el 84% de la población bajo la línea de pobreza logra acceder a los servicios públicos de salud (a pesar de declamar que están destinados a ellos). Y en el 45% de los casos los deben adquirir los medicamentos prescriptos con recursos propios.

A esto debe agregarse que el peso del costo de los medicamentos no es equivalente para la población sin recursos respecto de quienes sí los tienen. Si se toma el 1° quintil (el 20% más pobre) utiliza casi el 80% de los gastos de salud de su hogar para adquirir medicamentos, pero en el 5° quintil (el 20% más rico) solo destina a ellos el 41% **de sus gastos totales en salud** (datos oficiales del Ministerio de Salud de la Nación^e)

I.e Precios de medicamentos

Desde el comienzo de la convertibilidad en el año 1991 hasta el año 2000, habiendo en el país una inflación cercana a cero, los precios de los medicamentos aumentaron entre un 144 y 156 %. Este hecho produjo una disminución del consumo de los medicamentos con independencia del aumento de desempleo y la pobreza, consecuencia de la economía neoliberal aplicada por el presidente Menem, quien profundizaría el modelo económico implementado en el año 1976 con la Dictadura Militar. A partir de la devaluación desde enero hasta mayo de 2002, la inflación fue de 20%. Sin embargo los fármacos subieron un 60% promedio, llegando algunos a un 350%. Recordemos que esto se produce en un contexto en el que la mayoría de los factores que componen el precio de los medicamentos (salarios, distribución, propaganda, impuestos, muchos de los insumos) no sufrieron ningún aumento, y la incidencia de la droga base para su producción, no es mayor al 15% del precio final.

A pesar del incremento de los precios y la disminución en las ventas estas variables no ocasionaron rentabilidad negativa para los laboratorios, sino por el contrario estas empresas incrementaron sus ganancias entre un 55% y un 135%, para 26 medicamentos líderes en ventas. **Esto se debió al impulso de** la incorporación de las llamadas “novedades”, que **en realidad** son modificaciones -sin efecto demostrado- de medicamentos **probados (la mayoría del grupo de los llamados esenciales) pero que han disminuido su margen de ganancia.** La venta de estas “novedades” aumenta por presión de las técnicas de propaganda sobre el cuerpo médico, **generando precios (y ganancias) artificiales.**

Pero el deterioro económico produjo un descenso marcado en el consumo (50%), a pesar de que los costos de los principios activos importados, solo se incrementaron en un 32%.⁸

I.f Financiación

Para el financiamiento de los medicamentos, los laboratorios privados cuentan con los siguientes agentes: a) Institucionales: obras sociales, prepagas, ministerios y secretarías de salud. b) Ciudadanos que compran directamente un medicamento financiando en una parte de su costo (gasto de bolsillo). c) Las empresas mandatarias que son agentes intermediarios entre los financiadores institucionales y los laboratorios.

^e http://www.msal.gov.ar/htm/site/Genericos/site/articulos_politica2.asp

I.g Regulación y fiscalización

La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, ANMAT, se encarga del control de calidad, registro de productos, regulación y fiscalización de los medicamentos. Si bien la regulación y fiscalización es de competencia compartida entre la Nación y las Provincias, no existe aun un acuerdo de competencia completo respecto al ámbito de regulación de los medicamentos. En algunas provincias el registro y el control de los mismos es local y para esta regulación han desarrollado una legislación propia. Dentro de la división inter jurisdiccional de la regulación de los medicamentos en general las provincias han mantenido las funciones de fiscalización y vigilancia.⁹

I.h Cual era la Situación de los Laboratorios Públicos

Los Laboratorios Públicos de producción de medicamentos han tenido en general un desarrollo errático, **puesto que nacieron tratando de dar respuesta a una necesidad insatisfecha de la población, con soluciones que nacieron de los propios trabajadores de la salud, tratando de introducir una alternativa para paliar la crisis, dada la falta de presencia del Estado en la materia, situación que aun persiste.** Estos Laboratorios Públicos sufren en las últimas décadas, como todo el país, las consecuencias de la política neoliberal desarrollada por la casi totalidad de las fuerzas políticas, (peronistas, radicales, Frepaso, etc.). Estas políticas -una de cuyas características centrales fue el debilitamiento del Estado en su rol regulador o productor en la economía, **y así se agravaron las condiciones establecidas en épocas anteriores-** agravaron las practicadas en épocas anteriores a la década del 90 en las que el Estado no desarrolló políticas activas para los Laboratorios Públicos.

Al final de la década del 90 existían 40 Unidades Productoras de Medicamentos, produciendo para una demanda local de baja magnitud, con pocos o casi ningún recurso financiero para su funcionamiento y abandonadas o boicoteadas por el Estado a su suerte. La capacidad ociosa de esas plantas, era mayor a 75% de la misma, sin nombramientos de personal necesario, trabajando en un solo turno, con contratos precarios, etc. Cada Laboratorio Público de medicamentos intentó sostener su producción en forma autónoma **prácticamente** sin apoyo del Estado. **En esta década estuvo al borde del cierre el Instituto Malbrán, pero este pudo ser impedido por la acción decidida de sus trabajadores, por lo que siguen éstos siendo los únicos generadores de respuestas.** La política neoliberal determinó que se dejaran de hacer vacunas, medicamentos estratégicos y radio medicamentos, entre otros productos. El Estado actuó en beneficio del sector privado a través de la política de precios altos de los medicamentos, generando por el contrario un detrimento del sector público asfixiado por la falta de apoyo financiero y la falta de políticas de producción pública de medicamentos.¹⁰

Los laboratorios públicos al día de la fecha son:

Ciudad de Buenos Aires:

- Instituto Malbrán (N)
- Talleres Protegidos (M)

Provincia de Buenos Aires:

- Universidad de La Plata (U) : - Laboratorio ELMETEC, UTN de Pacheco
- UPM, Ciencias Exactas de La Plata

- Laboratorio de Esp. Medicinal de Hurlingham (M)
- Laboratorio Central de Salud Pública, Dr. Tomas Perón (P)
- Laboratorio de La Matanza *(M)
- Laboratorio de San Isidro (M)
- Laboratorio de Berazategui (M)
- Laboratorio Irurzun de Necochea (M)
- Laboratorio de Trenque-Lauquen (M)
- Instituto Maiztegui, ciudad de Pergamino (N)
- Ciudad de Bragado (M)

Farmacias Hospitalarias: - Hospital Profesor Alejandro Posadas** (P;N)
 - Hospital Eva Perón del Partido de San Martín** (P)
 - Hospital Pte. Perón del Partido de Avellaneda** (P)
 - Hospital Pena de Bahía Blanca** (P)
 - Hospital de Olavaria** (M)
 - Ciudad de Balcarce** (M)

Provincia de Santa Fe: - Laboratorio de Rosario (M)
 - Ciudad de Santa Fe (P)
 - Laboratorio de la Universidad Nacional de Rosario (U)

Provincia de Córdoba: - Universidad de Córdoba (U)
 - Hemoderivados (U)
 - Laboratorio Municipal de Córdoba (M)
 - de Río Cuarto (M)
 - San Francisco (M)

Provincia de Tucumán: - Universidad de Tucumán (U)
 - Siproso (P)

Provincia de Chubut: - Laboratorio Productor de Medicamentos* (P)

Provincia de San Juan: - Luis F. Leloir (P)

Provincia de San Luis: - Laboratorios Puntanos (P)

Provincia de Río Negro: - Prozome (P)

Provincia de Formosa: - Laformed (P)

Provincia de Corrientes: - Laboratorio Pcial. Ciudad de Corrientes (P)

Provincia de Misiones: - Laboratorio Provincial Hospital Baliña (P)

Provincia de La Pampa: - Laboratorio de Gral. Pico (M)

Provincia de Salta: - Htal. Materno Infantil** (P)

Provincia de Mendoza: - Htal. Notti Guaymallen** (P)

Provincia de Entre Ríos: - Htal. Heras Azodeco** (P)
 - Concordia (M)
 - Htal. Centenario Gualaguaychu** (M)
 - Diamante (M)
 - Concepción del Uruguay** (M)

Laboratorio de las Fuerzas Armadas (N)

Referencias: dependientes del Estado N, nacional; P, provincial; M, municipal.

Elaborado por la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, UBA.

*Están equipados a punto de abrir, pero todavía no lo hacen por cuestiones políticas.

** Farmacias Hospitalarias

II. Qué sucede en la crisis del 2001, 2002?

Luego de la caída del gobierno de la Alianza y del efímero gobierno de Rodríguez Saa, asume el Dr. Eduardo Duhalde como presidente, y su Ministro de Salud Gines González García, quien es también el actual Ministro de Salud del Gobierno del Presidente Néstor Kirchner.

Como se comentó antes, la crisis política y económica del año 2001 produjo una caída extraordinaria de la capacidad adquisitiva de la población, un índice de pobreza mayor de 50%, un índice de indigencia de 25%, disminución del acceso global a la salud y del consumo de medicamentos. Un indicador directo de esta crisis en salud fueron las tasas de mortalidad infantil que permanecieron altas como consecuencia del colapso económico, social y sanitario.

En este marco, el día 9 de enero de 2002 se decreta la Emergencia Sanitaria cuya política en el área de los medicamentos se manifiesta con dos acciones del gobierno:

- 1) Ley de Prescripción de los Medicamentos por su nombre Genérico.
- 2) El llamado Plan Remediar, en el marco de la promoción de la Atención Primaria de la Salud.

III. Qué es el Plan Remediar

En el marco de una emergencia Social, Económica y Sanitaria, en febrero del 2002 el gobierno del Dr. Eduardo Duhalde propone reformular dos créditos blandos al Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y reconvertir por un lado el Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS) y por otro un crédito sobre Programa Apoyo Referido Sector Agua Potable, para volcar los recursos en garantizar el acceso gratuito de medicamentos ambulatorios a la población por debajo de la línea de pobreza y sin seguridad social, estimada en 15 millones de personas, lo que se llama actualmente Plan Remediar. La reforma de dichos créditos del BID cuya sigla es OC-AR-1193/3 y 1134/3 es aprobado el 18 de abril de 2002 y comienza a implementarse en Octubre del 2002 con el reaseguro de seguir, según fuentes oficiales, hasta el 13 de Noviembre de 2006.¹¹

Cabe destacar que dicho Plan se implementa en plena crisis y por lo tanto con la caída de las ventas de los laboratorios privados. Ver grafico I.

Esta provisión de medicamentos esenciales ambulatorios se hace a través del suministro de botiquines a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de todo el país. Es un plan progresivo donde la composición y cantidad de botiquines aumentará al aumentar los CAPS que lo reciben. Se estima que estos botiquines cubrirían la demanda al inicio del plan del 60% de enfermedades de las consultas en la Atención Primaria de Salud (APS) para llegar luego al 80%.

En su primera fase, Octubre 2002, se habrían distribuido 5000 botiquines con 34 medicamentos para 2000 Centros de Salud. En la segunda, Marzo 2003, según el gobierno llegan a distribuir 14000 botiquines mensuales con 48 medicamentos cubriendo la totalidad de los CAPS. Los botiquines fueron diseñados para atender alrededor de 300 consultas médicas.

Es el Consejo Federal de Salud (COFESA) integrado por todos los Ministros de Salud Provinciales quienes fijan el criterio sanitario para establecer y asegurar las necesidades que ellos estiman para cada una de las provincias, y por lo tanto el número y contenido de los botiquines.

El control de gestión se realiza según fuentes oficiales por auditorías del Estado y ONGs como Caritas y Cruz Roja.¹²

III.a Cuando se implementa el Plan Remediar

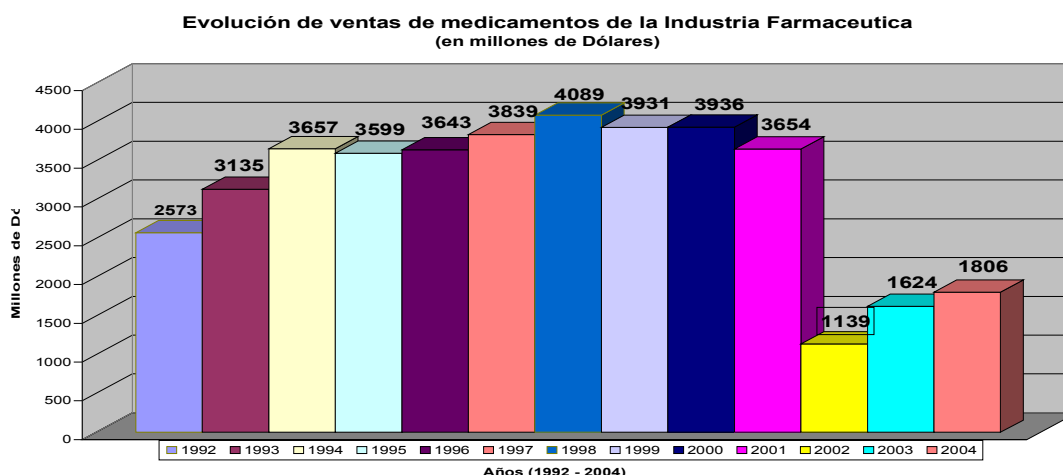
Cuando se desencadena la emergencia Social, Económica y Sanitaria queda la mayoría de la población sin acceder a un consumo básico, ni a la canasta familiar, ni a la salud y en ella a los medicamentos. En un momento esta población alcanzo a ser más de dieciocho millones de personas.

La función de resolver esta grave crisis en salud, determinó que el Estado opte por una solución cuya característica central es la toma de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo, que aumenta la deuda externa, y utiliza esos fondos para reactivar las ventas comprando a la industria farmacéutica privada y reactivando la fabricación y ventas de medicamentos por ella. (Ver gráfico I)

Por los datos presentados por el sector oficial, la inversión en los Laboratorios Públicos que tienen una producción significativa es ínfima. La propuesta solución no prevé dejar ninguna capacidad instalada, mientras que de la inversión por parte del Estado es proporcionalmente creciente cada año, hasta su finalización.

III.b Características del mercado de medicamentos en la Argentina, evolución de las ventas en la Industria Farmacéutica.

Gráfico I



Fuente: Elaboración propia (Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina) con datos del Indec.

Durante el año 2002, debido a la crisis político económica, la devaluación de la moneda local a fin del año 2001, la Industria Farmacéutica tiene una caída en las ventas del 64%, la caída más importante de la década.

Es en Octubre del año 2002 cuando comienza el Plan Remediar, en este gráfico se ve como impacta en las ventas del sector privado.

III.c Cuál es la composición actual en las ventas?

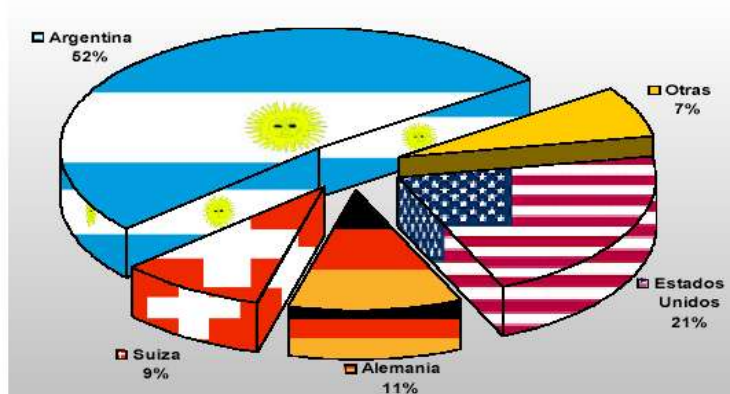
En el final de la década del 80 y durante los 90 las empresas farmacéuticas pequeñas entran en crisis al disponer de poco capital para su reconversión en un mercado de precios libres y

un recesivo sin acceso al crédito. Las empresas más débiles sean dominadas de las nacionales más grandes y las internacionales. Por ejemplo B.M.Squib (USA) compró en 150 millones de dólares a Argentina; Monsanto (USA) adquirió Sintyal en 40 millones; Frenesiur (USA) compró a Rivero en 30 millones; Novartis (Suiza) a Flaminio, etc. ¹³

La inversión creciente de capitales extranjeros en empresas que pertenecen al sector que obtiene mayores ganancias determinó una creciente transnacionalización de la tradicional industria farmacéutica argentina. Ver grafico II.

Grafico II año 2002

Ventas de la Industria farmacéutica argentina según el origen de la empresa



Fuente: , Política Nacional de Medicamentos, Que se hizo? Que queda por hacer?. Sonia Tarragona, Catalina de la Puente

III.d Cuanto cuesta el Plan Remediar?

El costo total del programa en sus inicios asciende casi a U\$S 150 millones, que será financiado mediante un aporte local equivalente a casi U\$S 60 millones y un préstamo del BID de U\$S 90 millones, para los 18 meses subsiguientes .El aporte local estará a cargo íntegramente del gobierno nacional.¹⁴

Hoy podemos decir que el costo total hasta el día de hoy es de **233,784 millones U\$S** del cual la parte que pone el BID es de 140.000.000 U\$S que se suma a la deuda externa, y la que pone el Estado Argentino como contraparte es de **93,784 millones U\$S**.¹⁵ (Ver tabla I)

El préstamo OC-AR 1193/3 del BID en su hoja llamada “Plan de Adquisiciones” tiene previsto gastar para el año 2005:

I. Bienes:

Entre los puntos mas destacados de este ítem tenemos:

- . Medicamentos Esenciales para CAPS con 30.000.000 U\$S
- . Medicamentos (crónicos y esenciales) 7.049.728 U\$S
- . Insumos Medicinales 337.500 U\$S
- . Operador Logístico: distribución de botiquines 2.960.000 U\$S

Hace la suma de 40.347.228 U\$S en medicamentos y distribución.

El resto de este punto suma 6.652.500 U\$S.

Y esta repartido en:

- . Equipamiento básico para CAPS 1.000.000 U\$S

En Córdoba:

- . Estaciones de trabajo en USF yatorios. Etapas 1 y 2. 904.000 U\$S
- . Dispositivos Móviles (USF) 1.016.000 U\$S
- . Amp. Base de datos, servidores etc. 3.465.000 U\$S
- . Comunicación Social. 150.000 U\$S
- . Equipamiento de gestión 117.500 U\$S

Todo hace un **total de 46.999.728 U\$S**

II. Obras: 3.350.050 U\$S

Este punto hace referencia a la adecuación de los CAPS en distintas localidades de la Provincia de Córdoba, ver anexo

También en dicha provincia debemos ver en este punto :

- . Campaña de difusión 600.000 U\$S
- . Auditoria de calidad 143.5000 U\$S
- . Reconversión de RRHH 3.756.000 U\$S
- . Adecuación de infraestructura 3.372.500 U\$S
- . Capacitación de Sistemas 202.000 U\$S
- . Becas 827.586 U\$S
- . Pasajes y viáticos 95.172 U\$S

Da un total de **12.346.808 U\$S**

III. Consultoria:

Este punto se divide en dos ítems:

- . Consultores Individuales: para medicamentos y para la reforma de APS Córdoba suman 1.216.063 U\$S
- . Firmas Consultoras: en Córdoba, para difusión, auditoria de calidad, capacitación de sistemas, estudios de fortalecimiento institucional, diseño de campaña integral de comunicación, mecánicas de comunicación, etc. Hacen la suma de 1.933.000 U\$S

Que hacen un total de **3.149.063 U\$S**

Que hacen el total de **62.495.599 de U\$S para el año 2005.**

De este documento se desprende que lo destinado del crédito a medicamentos y distribución es el **64.56%** para este año. Veremos entonces que el porcentaje destinado a medicamentos fue disminuyendo año a año obteniendo un promedio de 69.7%. Ver tabla I Ahora bien, si estimamos lo que dice el gobierno **respecto de** que esta distribuyendo 14.000 botiquines mensuales a todos los CAPS, **estos** sumarían 168.000 botiquines al año. Entre el gasto de medicamentos y su distribución, **cada botiquín tendría un costo de 240,16 U\$S.** También del acuerdo con el BID se desprende que el Estado Argentino, este año, erogara el 40% del total del Plan Remediar, en el ítem de medicamentos hace una suma de 13.407.419,6 US.¹⁶

Si este programa se desarrolla desde octubre de 2002, y según las autoridades finalizara en noviembre del año 2006, tendremos que el Estado como contrapartida al préstamo pago **93.784.000** millones de dólares a laboratorios privados, para comprar medicamentos,

distribuirlos, consultorías, etc. Y no invirtió siquiera el 10% de esa suma en recursos propios para equipar a los Laboratorios Públicos.^f Tampoco prevé el convenio con el BID inversiones importantes del Estado para que aumente la producción de los Laboratorios Públicos Nacionales.

Claramente se ve que el Plan Remediar funciona entonces como una transferencia de recursos del sector estatal a la industria privada actuando como salvataje de la misma en la crisis del mercado público y privado de medicamentos de nuestro país. La financiación fundamental se materializa como deuda externa cuyo mecanismo de pago es la socialización de este pago por toda la población a través del producto social transformado en recursos fiscales que el Estado usa para pagar a los acreedores internacionales (FMI, BID, Banco Mundial etc).

Tabla I

Programa de Atención Primaria de Salud- PROAPS Presupuesto BID 1193/OC/3 y 1134/OC/3 (U\$S-Dolares)				
Categoría Presupuestaria	Préstamo BID 1193-1134/OC/3	Contraparte Local	Total	%
1. Medicamentos	97.872.600	65.400.000	163.272.600	69,7
2. Comunicación Social	6.200.000		6.200.000	2,7
3. Administración y Supervisión	1.800.000	7.400.000	9.200.000	3,9
4. Reforma APS en Córdoba	31.600.000	20.400.000	52.000.000	22,2
5. Componente Nacional*	1.000.000	383.064	1.383.064	0,6
Sub Total	137.972.600	93.767.064	231.739.664	99,1
6. Auditoria	634.000		634000	0,3
7. Inspección y Vigilancia	1.000.000		1.000.000	0,4
8. PPF	393.400	16.936	410.336	0,2
Total General	140.000.000	93.784.000	233.784.000	100
	60%	40%	100%	

*Componente Nacional corresponde a la reforma curricular en las Universidades Nacionales.

III.e El Vademécum del Plan Remediar

El vademécum consta de 56 medicamentos de los cuales hace meses se compran 48, destinados a abarcar el 80% de las patologías prevalentes, según informes oficiales. La suma de los Antibióticos (51,5%), el enalapril (7%), atenolol (1%) y el ibuprofeno (7%) en sus formas farmacéuticas de suspensión y comprimidos, y que a la vez pueden ser producidos por Laboratorios Públicos, y son comprados a laboratorios privados por el gobierno Nacional, corresponden al 66,5% del gasto en medicamentos del Plan Remediar que es ni mas ni menos la suma de 1.176.402,25 US por mes, al año 14.116.827 U\$\$. (Ver Tabla II)

^f El cálculo se hace tomando como dato los 59,930 millones US iniciales en el 2002, el porcentaje de 17.40% previsto para el año 2003 .Para el 2004 estaba previsto pagar el 40%. Por el año 2005 y 06 también esta previsto pagar el 40%. Esta suma 93.784.000 U\$S es del total del plan Remediar, salvo que se pida otro préstamo.

La información existente sobre los Laboratorios Públicos permite afirmar que los mismos serían por su capacidad instalada, la falta de utilización completa de la misma y la calidad del recurso humano capaces de responder a la demanda de los principales fármacos consumidos por el plan Remediar. Para realizar estas acciones es necesario, la inversión del Estado que permita aumentar rápidamente la producción estatal de medicamentos. Si bien algunos de los Laboratorios Nacionales no están autorizados aún por el ANMAT la decisión política del Estado de invertir en los mismos posibilitaría las reformas que les permitirían competir a nivel nacional e internacional.

La pregunta obvia es: dado que el Estado acepta (tal su acuerdo con el BID) aportar el 40% de los US\$ 13.407419,6; y dado que se prevé el final del Plan Remediar para fines de 2007, **¿POR QUÉ NO SE INVIERTE YA UNA SUMA SIMILAR PARA OPTIMIZAR LA CALIDAD DE LOS LABORATORIOS PÚBLICOS DE PRODUCCIÓN DE MEDICAMENTOS, A FIN DE PODER PROVEER LO QUE EL REMEDIAR YA NO HARÁ CUANDO FINALICE?**

Que sucede si los medicamentos comprados a Laboratorios Privados por el Plan Remediar se vencen?

No hay capacidad de canje ni antes ni después de su caducidad. No hay mecanismos aun luego de tanto tiempo de comenzado el Plan, de recuperar ese dinero. Tampoco hay logística para su redistribución, por tal razón hay una cantidad considerable de medicamentos que se vencen.

Tabla II: Porcentaje de algunos medicamentos que se encuentran en el Plan Remediar por precio y por unidad.

Medicamentos	Precio	Unidad	Total 2004 en US\$
Amoxicilina *	27%	12%	6.021.288
Atenolol	1%	4%	163.800
Cefalexina *	14%	6,8%	3.143.504
Enalapril	7%	22%	1.651.104
Eritromicina *	3%	1%	764.633
Glibenclamida	2%	6%	373.464
Ibuprofeno *	7%	17%	1.622.712
Polivitaminico	3%	0,8%	786.240
S. fe, Ac Folico	3%	4%	928.200
Ranitidina	2%	5%	551.460
Permetrina	3%	0,5%	672.818
Salbutamol	5%	0,5%	223.314
Total	78%	79,5%	16.902.537

Tabla elaborada por la **Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos**,
En base a datos extraídos de fuentes oficiales del Plan Remediar.

* comprende tanto comprimidos como suspensión.

Datos de la LP 2004, se explicita el costo neto, no esta cargado la distribución. Explicitados en porcentajes, dichos medicamentos equivalen al Amoxicilina (12%), cefalexina (6%), enalapril (22%), Ibuprofeno (17%) al 57 % del consumo de comprimidos o suspensión. Lo que muestra la existencia de una gran diferencia en los medicamentos en su costo relativo. Esto es importante para regular los costos y planificar una producción publica nacional.

III.f A quién le compra el Remediar?

Según un relevamiento realizado por la **Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos**, y profesionales vinculados al área de la salud, en Marzo y Abril de este año en los Centros de Atención Primaria: Confluencia (Neuquén), ciudad de Córdoba, Wilde, Gelpi, Palomar, y tomando como datos la participación en las ventas de cada uno de los medicamentos, al inicio del Plan Remediar, el origen de laboratorios que vendían sus medicamentos era de diversos países, hoy podemos decir que en su mayoría son empresas de origen nacional.

Esta mirada transversal es solo un dato para ver como es la participación actual de los laboratorios privados que venden al Plan Remediar sus productos.

Tabla III Laboratorios que venden al plan Remediar según origen

En esta tabla vemos la composición de laboratorios nacionales y extranjeros que abastecen al Plan Remediar en esta muestra transversal, de los Centros de Atención Primaria arriba nombrados. No se habla del volumen de dinero facturado cada uno. Este será objeto de otro estudio.

En el gráfico II, detallamos cada uno de estos laboratorios en relación al total de la cantidad de unidades abastecidas con respecto a cada laboratorio. Aquí también, no es índice de precios.

* A pesar de estar registrados como "de capital nacional", muchos de los laboratorios están integrados con capitales de grandes transnacionales. El laboratorio Sandoz pertenece al Grupo Novartis; G&M es de Parke Davis. Richmond ha integrado capitales holandeses para la construcción de una planta en Pilar.

Nombre del Laboratorio	Origen
Austral S.A	Argentina
Bago S.A.	Argentina
Bristol Myers Squibb	USA
Corporacion Infarmasa S.A.	Perú
Cheminter	Paraguay
EMS Industria Farm. Lim.	Brasil
Fabop S.A.	Argentina
Fabra SRL	Argentina
Fortbenton	Argentina
G&M S.A.	Argentina
Klonal	Argentina
Lafedar	Argentina
Montpellier	Argentina
Neoquimica Comercio	Brasil
Northia SACIFIA	Argentina
Phoenix SAIC y F	Argentina
Richmond S.A.C.I.F.	Argentina
Roemmers S.A.I.C.F.	Argentina
Sandoz S.A.	Suiza?
Sanovita	Alemania

Gráfico III

Laboratorios que venden al plan Remediar en cantidades de comprimidos.

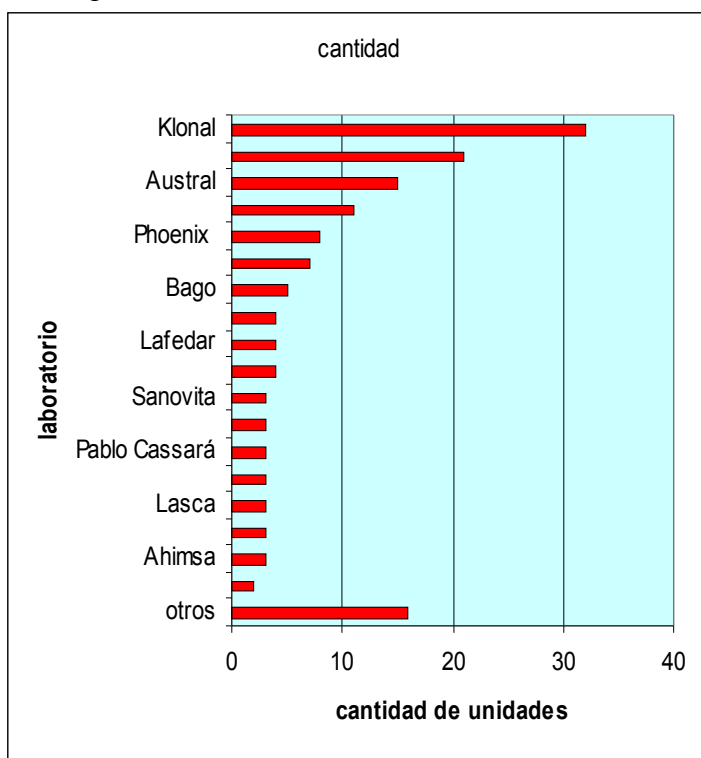


Tabla y gráfico elaborado por la **Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos**, en base a datos extraídos por diferentes grupos de investigadores que están estudiando la situación actual en varios lugares de Argentina.

III.g Qué ideología sustenta el préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo OC AR-1193/3 y OC AR-1134/3.

Para entender la magnitud de lo que significan estos créditos debemos remontarnos a la década del 80, luego del Consenso de Washington, cuando las Instituciones Financieras Internacionales: Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial (BM), las instituciones financieras regionales: Banco de Desarrollo Interamericano (BID), y los países del G-7: EEUU y Europa Occidental, entre otros, **promovieron** programas de liberalización de Economía, basados en una serie de Documentos directrices que delinearían estos programas en las Economías específicamente del Tercer Mundo.¹⁷

Fue en ese contexto que el Banco Mundial edita el informe **“Invertir en Salud”** que presenta las acciones y transformaciones la organización sanitaria a poner en marcha en los países de mediano y bajo ingreso.

Las políticas de salud desarrolladas y llevadas a cabo desde la implementación del estado neoliberal de exclusión a partir del año 1991, tienen como referencia a este informe y otros de misma línea política, elaborados anteriormente.

Las transformaciones, entre ellas la organización sanitaria que se puso en marcha en países de mediano y bajo ingreso, tienen como referencia y están sustentados por el informe del BM.

El lugar de preponderancia del BM para desarrollar, propulsar e imponer políticas sociales en general y de salud en particular, demuestra a las claras el desplazamiento por parte de este organismo a la Organización Mundial de Salud (OMS) en el marco mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el continente Americano.

Esto se debe al rol protagónico que adquiere el BM en:¹⁸

- Las políticas de ajuste y cambio estructural en todo el mundo. Ej: en lo que respecta a la disminución del gasto e intervención del estado tanto en áreas de producción como de gasto social.
- El rol de instalar en la totalidad de los países, los planes de globalización económica mundial en todas las áreas, incluyendo la salud, que representa el 8% del Producto Bruto Mundial.
- Proponer la participación creciente del sector privado en la Salud, por ejemplo: en programas masivos de atención de población por la medicina privada.
- Desarrollar y hacer crecer la industria privada de medicamentos en planes de cobertura de la población sin recursos, por ejemplo: Plan Remediar. estos planes comienzan a desarrollarse al presente en algunos países de América Latina, como en Guatemala y Paraguay.
- Incremento de la participación privada en acciones de salud tradicionalmente realizadas por el sector publico. Como numerosos programas de atención directa de poblaciones materna infantil, cuya inversión a través de ONGs, supera al presente, la suma de los presupuestos nacionales de los países Subdesarrollados.
- Participación privada fundada en el Management Care y la gestión Neoliberal, para modificar la gestión actual de las Instituciones Publicas. Incrementando el control de los fondos privados de las acciones publicas en salud. Con muy probable efecto adverso en la salud de los pobres, con mecanismos de segregación negativa, cobro de atención ambulatoria y de internación.

Para el desarrollo de dichas políticas en el sector salud, el BM cuenta y contó con el apoyo ideológico de la casi totalidad de los gobiernos de la región.

En este informe el BM plantea que el otorgamiento de préstamos y ayuda está condicionado a la aceptación de este tipo de reformas. En 1992 se otorgaron 1151 millones de dólares al gobierno argentino para la reforma del sector salud.

Tanto los Organismos Internacionales como los Regionales de Crédito (BM; BID) no financian ya prioritariamente obras sino que *financian políticas*, y el nivel de sus condicionalidades no tiene que ver con condiciones macro, es decir con los grandes números, sino con intervenciones micro que configuran y reconfiguran las sociedades en las cuales se aplica.

Por decirlo de alguna manera, mientras que antes la intervención de los organismos era financiar (o no) objetivos que las sociedades se plantean, ahora la intención es participar no sólo en la elaboración sino también en la ejecución fina de las distintas políticas, para que las sociedades las lleven adelante. Es decir: los niveles de condicionalidad son internos y los niveles de supervisión también; antes estos niveles eran externos.¹⁹

En este marco se otorgan los préstamos de las Instituciones Financieras Regionales como el OC AR-1193/3 y OC AR-1134/3 que dio el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

III.h La Estrategia del BID en el país y en el sector salud.

El préstamo OC AR-1193/3 y OC AR-1134/3 se enmarca en una serie de préstamos otorgados por esta Institución Regional, y se propone como estrategia para nuestro país al menos en los documentos públicos:

Solicita para el otorgamiento del préstamo en el primer punto, que se lleve a cabo la reforma del Estado y el Equilibrio fiscal

En el punto C, referido a los **objetivos esta Estrategia** en el punto (iii) la **reforma del Estado y el equilibrio fiscal**, para la consolidación de las acciones iniciadas, requiere profundización de los mecanismos de descentralización, transparencia de la administración pública y fortalecimiento institucional.²⁰

En su pagina 22 admite en el informe **una preponderancia en el financiamiento de la reforma del Estado** (cuyo mayor componente fue una operación de asistencia a una situación de emergencia financiera, por U\$S 2.500 millones). La Argentina hizo, además, un intenso uso de la *ventanilla* para el sector privado, financiando mejoras a servicios antes prestados por el Estado.

III.i Qué entiende el BID por Reforma del Estado

La misma está destinada a obtener resultados en las siguientes áreas:

- a. Cuentas Públicas:** exige la disminución del gasto publico, y en uno de sus puntos: la aceleración de la reforma del Estado y del ajuste fiscal en las provincias y los municipios. El proceso de ajuste en las cuentas públicas tiene como punto de referencia la Ley de Responsabilidad Fiscal, aprobada en 1999. También como ejemplo se aprobó la Ley de Endeudamiento Provincial y fue promulgada por el poder Ejecutivo el 11/12/01.
- b. Gestión Pública:** promueve la tercerización de la administración pública
- c. Provincias y municipios.** Requiere ajuste fiscal y reforma de la administración.

d. Previsión social. Según el BID es ésta la responsable en un 40% del mismo del desequilibrio fiscal.

e. Regulación. Si bien la Argentina cumplió con el proceso de privatización debe seguir perfeccionando (tercerizando) la regulación de estos sectores.²¹

Promueve la descentralización de las instituciones efectoras de Salud.²²

En el punto 2.34 en lo referente a Salud insiste en la Focalización de los programas y servicios, descentralizar estos servicios públicos en provincias y municipios. En su punto **c reconversión de hospitales** públicos en hospitales de autogestión; en su punto **f reconversión progresiva de las obras sociales provinciales** en órganos de organización y financiamiento del sector salud en las provincias, y **transformación progresiva de los ministerios de salud provinciales** en órganos de regulación y otras medidas de salud pública.²³

Este tipo de reformas tanto en el sector salud como en los otros sectores de la Administración Pública, están enmarcadas, **no en la necesidad sanitaria de la población, sino en las reglas del mercado (con gran intervención de intereses privados, en especial, del capital financiero multinacional).**^{24 g}

Como conclusión podemos decir que estos créditos acordados por el BID al Gobierno Nacional, con las exigencias para su otorgamiento, buscan en definitiva un aumento en la rentabilidad (del BID) a lo que se le agrega:

- Deteriorar la salud que de ser un derecho social universal, pasa a ser un bien a procurarse individualmente.
- Promover el área de la salud para ofrecer a esta como mercancía.

En la actual gestión del Gobierno Justicialista a pesar de la gravísima crisis el Ministerio de Economía informa que entre el 2001 y el 2003 el gasto público cayó ajustado por la inflación 29% (un tercio del total) afectando sobre todo a los gastos sociales como

^g. Desde una investigación realizada con equipos de salud de diferentes países (Chile, Ecuador, Brasil, Argentina y EEUU) y financiada por la OMS, pudimos observar que un concepto sustancial y articulador de la reforma en salud es el concepto de **Atención Gerenciada**, por varias razones:

1. La primera porque la entendemos como **la modalidad que posibilita la apertura del sector salud con el objeto de mercantilizar el proceso de atención**
2. La segunda porque esta mercantilización es vista como la **posibilidad de incorporación de capitales (fundamentalmente transnacionales) en el sector que produzcan rentabilidad**
3. La tercera porque **de EEUU se tenía información de que las grandes aseguradoras de ese país estaban impulsando la exportación de las políticas de AG hacia AL**
4. Y la última porque también se observó que en los documentos del **BM y los organismos multilaterales de crédito, se planteaba se planteaban lineamientos tendientes al modelo de AG.** Por Celia Iriart.

educación, seguridad social y salud. Para sostenerse el gasto a los niveles del 2001 este debería haber sido de 140 mil millones y solo sumo en la realidad 101 mil millones. Esto demuestra que la devaluación entre otros efectos fue una licuación del gasto público en los niveles más bajos de la historia argentina con su mayor componente en el gasto social.

Este se redujo en más de la mitad sobre todo en las partidas para jubilación, educación y salud siendo la baja de este gasto esencial de 15 mil millones que representa 3% del PBI. El rubro más afectado son los haberes semicongelados de los jubilados, empleados públicos (médicos, enfermeras, etc.) de salud y los educadores. La movilización social generalizada constante y en aumento de estos trabajadores por sus justos reclamos salariales y por el deterioro de la estructura y funcionamiento de los hospitales públicos casi abandonados por el Estado con reconocimiento social global de estos hechos demuestra que continúa el modelo neoliberal impuesto en los 90 agravando la crisis social en las áreas más necesitadas por nuestro pueblo.^h

IV. Algunas reflexiones para discusión

En la década del 90 el Estado deserta de las funciones en las que debería garantizar los bienes sociales como la salud, educación, etc. Sin embargo aumenta su presencia como organismo de control, a través de las fuerzas de seguridad para reprimir las protestas sociales en una primera etapa para luego criminalizarlas, con la ayuda del poder judicial.

El estado no deserta por una supuesta naturaleza ineficiente, sino porque así lo impone la ideología del modelo neoliberal. En este sentido también los organismos internacionales de crédito juegan un rol perverso, porque con la excusa de la eficiencia esconden una política cuyo objetivo es incrementar el campo de los negocios en beneficio del poder económico y en detrimento de la defensa de los derechos sociales, entre ellos el de la salud. Esta situación se torno cada vez mas critica y culmino con la Rebelión Popular del 19 y 20 de diciembre de 2001, poniendo en evidencia el saqueo perpetrado por este poder económico dominante, y poniendo en duda la representatividad de los partidos mayoritarios.

Una pretendida salida a esta crisis, - en el ámbito de la salud ante la falta de acceso de millones de personas a los medicamentos- fue el Plan Remediar, que continúa la lógica del modelo sanitario de dependencia, no solo porque seguimos aumentando nuestra Deuda Externa, sino que impide invertir en recursos propios, como específicamente se podría haber hecho con los Laboratorios Públicos. Que la Industria Farmacéutica, tenga un alto porcentaje de ventas en la Industria Local (52%) no significa que atiendan la demanda de quienes lo necesitan. Sino que esta función que debe ser asumida por el Estado.

En este punto habría que preguntarse el porque de tal decisión política, una respuesta sería que se intento resolver la crisis con Políticas de Estado acordes a los organismos de créditos multilaterales, dejando de lado las políticas que exigen un compromiso con la soberanía popular.

Demás esta decir que la Industria Farmacéutica no es una sociedad de beneficencia sino que se rige por la lógica mercantil de la oferta y la demanda.

Durante el 1° y 2° Encuentro por la Producción Publica de Medicamentos, junto con la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata, Investigadores del Conicet, INTI, quienes trabajan en Unidades Productora de Medicamentos y docentes universitarios fuimos delineando nuestra Propuesta de Producción Pública de Medicamentos que esta a disposición de quien quiera leerla. www.fmed.uba.ar/depto/ddhh

^h Clarín; 27 de marzo 2000.

La **PPM** es estratégica para sostener políticas soberanas, pero estas políticas se asegurarían con la gestión y control de quienes hace años vienen trabajando en estas Unidades Productoras de Medicamentos. Como doloroso ejemplo de lo que no hay que hacer, la privatización de Yacimiento Petrolíferos Fiscales demuestra la pérdida de capacidad estratégica del Estado para decidir Políticas.

Por último pensamos que ninguna política debe ser ajena a la distribución de la riqueza, y eso implica un conflicto que el Estado debe afrontar.

Entonces este Estado que excluye a millones de personas en beneficio de unos pocos, debe ser reconstruido en un Estado que no siga dejando excluida a la mayoría de la población, tarea que es deber de las democracias que pretendan merecer esta denominación.

V. Propuesta

Para la Producción Pública de Medicamentos Descentralizada, coordinada como laboratorio multicéntrico:

Debe haber una clara definición política por parte de las autoridades nacionales con respecto al tema.

Nuestra propuesta es la que surgió del **2º Encuentro por la Producción Pública de Medicamentos**, realizado en la ciudad de La Plata los días 7 y 8 de Noviembre del año pasado.

En ella decimos que se elabore:

- una ley nacional para que se conforme el Ente Coordinador de Laboratorios Públicos, que tengan autarquía, presupuesto propio, y esté representada la totalidad de las Unidades Productoras de Medicamentos.
- Una ley marco que articule a los laboratorios por regiones. Con inversiones crecientes por partes del estado financiado con recursos propios, que permita ponerlos a normas de Buena Práctica de Manufactura.
- Planificación de la Producción escalonada, por región. En ella cada sector continuará con la PPM que realiza, pero comenzando a trabajar en forma coordinada.
- Armar el vademécum. Que la producción de estos se incorpore gradualmente a los programas de asistencia.
- Evaluar el desarrollo de la producción medicamentos pediátricos.
- Control de calidad, capacitación de personal, en alianza con las universidades.

Por último, la discusión es si la **PPM** es **estratégica o no** para un país que quiera tomar decisiones políticas soberanas. El hacer lo que nosotros proponemos impediría miles de muertes evitables por año. Además generaría empleo de calidad, reorientaría el sistema de salud sobre bases científicas y con un criterio social, y mostraría las capacidades verdaderas de un Estado al servicio de la población.

Y por sobre todas las cosas, es justo.

Sería un instrumento de recuperación de la verdadera justicia social, sacada del horizonte desde hace décadas, en particular en la última dictadura militar, siendo este – destruirla y

eliminar de la imaginación la idea misma de la justicia social- uno de sus objetivos principales para impedir la libertad de crear un desarrollo independiente, soberano, poderoso, libre, equitativo, justo, equitativo y antitético con la globalización impuesta y sometida por la hegemonía mundial imperialista y globalizadora ante la cual muchos de los gobiernos de nuestra región y sus técnicos e intelectuales estuvieron y están sometidos. Debemos recuperar las ideas de desarrollo, de un sistema de salud, que a pesar de sus graves ineficiencias, errores de administración y coordinación, sigue siendo más equitativo, solidario y eficiente que otros sistemas de salud adaptados al modelo de mercado. Que lo siga siendo, o -mejor- que desarrolle de un modo pleno esas características, dependerá de la lucha y la capacidad organizativa que desarrollemos nosotros los argentinos que deseamos una patria libre y justa y no una sombra patética, sometida y posibilista de la que soñaron nuestros héroes y compañeros caídos en las luchas populares. Si luchamos con todas nuestras fuerzas por este sueño no sería en vano que nos consideramos con humildad herederos de las banderas por las que lucharon generaciones de trabajadores de la salud, muchos de los cuales sufrieron prisión y otros se encuentran desaparecidos. Y se sintetiza en una consigna que debemos hacer nuestra:

**“POR UNA MEDICINA GRATUITA, IGUALITARIA, CIENTÍFICA,
A CARGO DEL ESTADO Y AL SERVICIO DEL PUEBLO”**

**Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos
Facultad de Medicina
Universidad de Buenos Aires
saludverdad@fmed.uba.ar**

Adhiere a este documento: Secretaría de Extensión Universitaria, Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata

La reproducción total
o parcial es libre
(y hasta recomendable)
citando la fuente y los autores,
o sea nosotros.

Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos saludverdad@fmed.uba.ar
Agradecimientos:

A la Farmacéutica Marcela Fontana, a los Dres.: Martín Isturiz, del Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología. Norberto Tarrío, Mónica Beresovzky **y especialmente al Prof. Floreal Ferrara** por la generosidad en la brindarnos información solicitada. Cabe aclarar que estas personas no tienen ninguna responsabilidad en lo que se manifiesta en este texto.

Bibliografía

- 1.- The IMS World Review. Fairfield; Conn, USA, 2001
- 2.- **“Medicamentos para todos en una Argentina nueva, es posible. 2º parte. Por la Producción Pública de Medicamentos Básicos Esenciales.”** Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina, UBA.
- 3.- Fundación de Investigación para el desarrollo. FIDE. Informe Económico Mensual. 2001.
- 4.- Estudios de la Economía Real; Secretaría de Industrias, Comercio y Minería; Ministerio de Economía, Obras y Servicios Públicos, 1999.
- 5.- Navarro, Roberto. Cash. Suplemento económico de **Página 12**. 12 de Marzo de 2000. N° 517.
- 6.- Estudios de la Economía Real; Op. Cit.
- 7.- Navarro, Roberto. Op. Cit.
- 8.- Tobar, Federico. **“Acceso a medicamentos en Argentina: Diagnósticos y Alternativas”**. Julio 2002.
- 9.- www.anmat.gov.ar
- 10.- **“Medicamentos para todos en una Argentina nueva, es posible. 2º parte. Por la Producción Pública de Medicamentos Básicos Esenciales.”** Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina, UBA.
- 11.- Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar de la Argentina. Federico Tobar, nota técnica de discusión en salud 002/2004. **pág. 21**.
- 12.- Documento del BID, Dpto Regional de Operaciones 1. Documento del País, Argentina. Marzo 2001. **pág. 21**.
- 13.- Dossier **“La política de medicamentos en la década del '90 en Argentina”**, Juan J. Guerra. Ed. Salud, Problema y Debate, **pág. 12 y 13**.
- 14.- Programa Remediar, Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS), documento de SIEMPRO.
- 15.- Fuente BID.
- 16.- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa de Atención Primaria de Salud (PROAPS).
- 17.- **Argentina, entre la desintegración y la Revolución**, James Petras y Henry Veltmeyer, Ed. La Maza 2002. **pág. 9**.
- 18.- De Sarasqueta, Pedro. **La Salud en el marco del Informe del Banco Mundial “Invertir en Salud 1993”**. Medicina Infantil Vol. IV N° 1, Marzo 1997.
- 19.- Hourest, Martín. **Relación entre salud y los organismos multilaterales de crédito**. Disertación organizada por la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina, UBA. 15 de Agosto 2002.
- 20.- Documento del Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento Regional de Operaciones 1, Documento de País, aprobado en Marzo 2001. **Pág 6**.
- 21.- Ibid **pág 17**
- 22.- Ibid **pág 32**
- 23.- Ibid **pág 29**
- 24.- Iriart, Celia. **La Reforma Silenciosa**, paper 2002.

Anexo:

Obras a realizar o realizadas en la Provincia de Córdoba:

Adecuación de efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: La Calera, Va. Allende, Unquillo, Carlos Paz, Tanti, Malagueño, El Manzano, Tinoco, Gral. Paz, Diego de Rojas y La Posta.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: C. del Eje, Lucio V. Mansilla, Simbolar, San Fco. del Chañar, Agua Hedionda, Charbonnier, Cna. A. de los Quebrachos, Deán Funes, S. J. de las Salinas, Va. del Totoral, Capilla de Sitón, La Pampa, Sarmiento, Paso Viejo y Va. Sarmiento.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: Va. C. Brochero, Panahoma, Conlara, Salsacate, Chancaní, Las Jarillas, Rumi Huasi, El Chacho, Tosno, Paso Viejo, Va. Sarmiento. y Guasapampa.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: Ballesteros Norte, Ballesteros Sur, Bell Vill, Villa Los Patos, Monte Leña, Villa María, Dalmacio Vélez, Villa María, Marcos Juárez, Ticino, Leones, Monte Buey, Ausonia, La Palestina, Tío Pujio, Noetinger, Chilibroste, Alto Alegre, Ana Zumarán, Just. Posse, Gral. Cabrera.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: Colazo, Saturnino M. Laspiur, Cnia. Prosperidad, Las Varas, Va. del Rosario, Freyre, Arroyito, Oliva, Pampayasta (N), Pampayasta (S), Arroyo Algodón y Pilar.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: Río Cuarto, Sta. Rosa de Calam., Va. Gral. Belgrano, Río Tercero, Almafuerte, Elena, Embalse, Lutti, Va. Rumipal y Yacanto.

Adecuación de Efectores de Atención Primaria de la Salud en las siguientes localidades: Cavanagh, Los Cisnes, Laboulaye, Rosales, Gral. Levalle, Serrano, Villa Rossi, San Joaquín W., Escalante Cnia, Bismarck y S. Marcos Sud.

La reproducción total
o parcial es libre
(y hasta recomendable)
citando la fuente y los autores,
o sea nosotros.

Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos
saludverdad@fmed.uba.ar