

TRIBUNA DE SALUD

[Inicio](#)

[Contacto](#)

[Archivo](#)

Acerca de una medicina no capitalista

¿Qué demuestra la historia de las ideas sino que la producción intelectual se transforma con la producción material?

Las ideas dominantes en cualquier época no han sido nunca más que las ideas de la clase dominante.

C. Marx y F. Engels

1848

Ante todo, una aclaración.

Después de leer la nota del Dr. Wajner “*Crear un Espacio (meseta) médico no capitalista: ¿una idea pelotuda?*”, quisiera señalar algunos aspectos polémicos acerca de “*otro espacio (isla) libre, autogestionado, creativo y autónomo de los poderes de turno y de las mafias*” que propone Alejandro, y que entiendo, encierra contradicciones insalvables.

.....

Es posible “un espacio no capitalista” sin definir cómo se reorganizará el nuevo espacio...es decir en qué condiciones se organizará la producción material e intelectual del nuevo espacio, que no producirá en forma capitalista?

¿Es posible reorganizar la sociedad capitalista, su producción material, cultural, científica y técnica, omitiendo señalar cuál será la clase social que llevará adelante la reorganización y que reemplazará a la burguesía y al imperialismo?

¿Y bajo qué programa se reorganizará la “nueva sociedad” que terminará con

los que acaparan *la plusvalía creativa y el trabajo de nuestros cuerpos?*

.....

He aquí el problema.

Wajner nos propone reemplazar el capitalismo por el trueque y el intercambio del trabajo o su producto...que en el mejor de los casos (y si esta tesis fuera posible) se desarrollaría en las condiciones del atraso científico - técnico, en el que está nuestro país (capitalismo atrasado y dependiente)

Es decir: Wajner propone una medicina no capitalista, sustituida.... por la Universidad de las Madres de la Plaza de Mayo, las plazas públicas, los colegios y cualquier lugar que se anime a cambiar....

Estimado Wajner: las Madres de Plaza de Mayo han dado su incondicional apoyo al gobierno de Kirchner, cuyo entusiasta (declarado y público) objetivo, es reconstruir a la burguesía nacional!

Justamente, la clase social (la burguesía....¿nacional?) que dirige en sintonía con los "Amos del Norte", los destinos de nuestro capitalismo atrasado, dependiente y colonial.

¿Hace falta aclarar que este capitalismo explota a los trabajadores y cumple los planes fondomonetaristas a rajatablas?

Si "*los grupos dirigentes funcionan como empresas de bienes y servicios disfrazados de territorio educativo*"... la solución no es refugiarse en una *isla!*

Y menos si esa *isla*... está gobernada por los *Nacionales y Populares* (los Nac & Pop de Kirchner) que envían tropas a Haití, pagan deuda externa al FMI, ¿disimulan? ¿esconden responsabilidades? en la desaparición-secuestro de Julio López... y se suman a la cruzada imperialista en medio oriente.

(Pensando en el 18 Brumario, ¿será esta vez la farsa o la tragedia?)

Dice Wajner:

.....Algunos médicos queremos otra medicina y debemos construir otro espacio...

..... preparar nuevos médicos como soñó el Dr. Che Guevara.....

Es cierto, algunos queremos otra medicina.

Y también queremos otra organización social.

Barajar y dar de nuevo.

Y también somos anti capitalistas, no en un sentido anti globalifóbico, ni en las fantasías ya superadas (fracasadas!) del impuesto Tobin.

Sino en el mismo y único sentido que lo comprendía.... Guevara: Socialismo o barbarie.

Transcribo unas líneas de “El Socialismo y el Hombre en Cuba” escritos para el Semanario Marcha (Montevideo) en marzo de 1965.

“Individuo y socialismo”

“La nueva sociedad en formación tiene que competir muy duramente con el pasado. Este se hace sentir no sólo en la conciencia individual, en la que pesan los residuos de una educación sistemáticamente orientada al aislamiento del individuo, sino también por el carácter de este período de transición, con persistencia de las relaciones mercantiles. La mercancía es la célula económica de la sociedad capitalista; mientras exista, sus efectos se harán sentir en la organización de la producción y, por ende, en la conciencia”.

.....

Guevara hace esta reflexión... señalando que están en un período de transición... cuando ya llevaban seis años de revolución triunfante!

No tengo dudas. Hay un solo camino anti capitalista.

Hay que construir una alternativa obrera y socialista.

Luis Trombetta

Otra salud ¿es posible?

El IV Foro Social de Salud, ensayo de un frente político

Marcelo Ramal

El IV Foro Social de Salud realizado en el hotel Bauen abundó en referencias críticas a la “política sanitaria de Ginés Gonzalez García”. Pero a poco de andar, podía advertirse que ninguna de las críticas formuladas presentaron una oposición estratégica a la política del gobierno en materia de salud.

La mesa inaugural del Foro marcó esa orientación de conjunto, y estuvo a cargo de Alicia Gutiérrez (ARI), Vilma Ripoll (MST), Jorge Kreyness (PC), Claudio Lozano (CTA) y Enrique Stein (CCC).

El sistema de salud “integrado”

Alicia Gutierrez (ARI) planteó la necesidad de un sistema de salud “integrado”, latiguillo que luego fue reiterado invariablemente a lo largo del Foro sin que nadie se tomara el trabajo de explicar a qué se refería. Sin embargo, la ambigüedad en este punto no es gratuita: es que el sistema de salud ya se encuentra “integrado” bajo la presente política de privatización y degradación sanitaria. Los subsectores público y privado se “integran”, por ejemplo, cuando servicios del hospital público se rentan en beneficio de prepagas y obras sociales. O cuando los recursos del presupuesto son empleados para concurrir al salvataje de la medicina privada. El Foro criticó la política de “endeudamiento de Ginés con los organismos financieros internacionales”, y propuso un “financiamiento en base a las rentas generales”. Pero bajo la presente orientación social –o sea el actual sistema “integrado”- esos recursos irán a las arcas de los pulpos privados de la salud, o de la burocracia que saquea las obras sociales. . En cambio, estuvo ausente el planteo de un sistema de salud único, estatal y gratuito, donde la integración de los diferentes sistemas se construya en base a la nacionalización de los monopolios privados y la gestión obrera del conjunto del sistema sanitario.

Otra vez, los “genéricos”

A mediados del año 2002, los impulsores del Foro se entusiasmaron con una “política de medicamentos” sostenida en base a las especialidades genéricas, es decir, con patente vencida. Según este planteo, era posible asistir a la población a partir de una medicina “nacional”, sin preocuparse por el monopolio científico y técnico que ejercen los pulpos farmacéuticos. Quien llevó a la práctica estos planteamientos fue el propio Ginés, a través de la promoción de los “genéricos” y de una “canasta básica de medicamentos”, conocida como Plan Remediar. Recientemente, uno de los animadores del Foro, el presidente de la CICOP Jorge Yabkowski trazó un crudo balance de esa orientación: **“esos remedios (los genéricos) aumentaron sustancialmente sus valores y (aunque) los medicamentos líderes de marca fueron disminuyendo (su precio) para mantener su proporción del mercado”,** el resultado final es **“un aumento global del precio y, por ende, de la facturación global de los laboratorios, con lo cual el gasto de los argentinos en medicamentos, lejos de disminuir aumentó”**.(reportaje en www.lafogata.org) . La promoción de los genéricos culminó en una nueva confiscación al bolsillo de los pacientes, donde el estado –Plan Remediar mediante- benefició a un conjunto de laboratorios privados. Pero la estafa es también sanitaria, puesto que en la Argentina no existen “genéricos” –medicamentos con propiedades terapéuticas idénticas al original- sino sólo “similares” o copias, que no han probado aquella condición. Ese es el caso de las dos cadenas mexicanas que lideran el mercado de medicamentos de “segunda”.
¿Cómo explicaron los organizadores del Foro esta inmensa defraudación de la política que ellos

impulsaron? Por “la ausencia de una adecuada producción estatal de medicamentos”. El papel de los monopolios farmacéuticos privados fue desdeñado, ya que “sus nuevas patentes son truchas, no constituyen reales innovaciones en materia farmoquímica o terapéutica”. Por lo tanto, bastaría poner “a los hospitales y facultades a producir”.

El Foro finge ignorar el dominio que ejerce la industria farmoquímica privada sobre ese mismo sistema universitario. Actualmente, las patentes farmacológicas originadas en las universidades se desarrollan en sociedad con los laboratorios privados, y la Argentina no constituye una excepción en ello. En esas condiciones, no existe lugar para la “producción estatal de medicamentos”. El planteo de un laboratorio nacional integrado a la investigación universitaria carece de perspectiva sin la nacionalización de la industria farmacéutica, para terminar con la privatización del conocimiento y para colocar los equipamientos y capacidades técnicas más avanzadas como patrimonio social.

En un ambiente preñado de invocaciones antiimperialistas, la mesa central del Foro ni siquiera convocó a desconocer los tratados coloniales de la OMC en materia de propiedad intelectual. Cuando dimos este debate por primera vez –en el curso del 2002- se nos dijo que era “irrelevante”, puesto que el tratado de Marrakesh (1995) protegía a “muy pocas especialidades nuevas”. ¿Puede decirse lo mismo hoy, al cabo de una década de monopolio despótico sobre el conocimiento y la innovación en materia de medicamentos? El Foro no demandó la elemental medida antiimperialista de desconocer el tratado de 1995, algo que países como India –y en menor medida Brasil- debieron considerar ante la pandemia del SIDA.

La canasta de medicamentos

La mesa central del Foro planteó que la canasta del plan Remediar podría ser “integralmente provista por laboratorios estatales”. Pero no cuestionó a la “canasta de medicamentos” como estrategia. Las “canastas” son el recurso capitalista creado por la OMS y el Banco Mundial, de cara al crecimiento exponencial de la pauperización a escala mundial, por un lado, y del reforzamiento jurídico de las ganancias monopolistas, por el otro. Las “canastas” no están construidas en base a las necesidades sanitarias, sino a lo que los presupuestos estatales “pueden comprar”. Después de la bancarrota internacional de los sistemas mutuales o de prepagas –resultado de la precarización laboral y la desocupación en masa-, el capitalismo ha renunciado a cualquier forma de acceso universal a las especialidades medicinales. En su lugar, se ha creado un sistema de suministro “asistencial”, con “canastas” que incluyen medicamentos antiguos y de dudosa calidad de fabricación. Es el “plan trabajar” o el “ingreso ciudadano” de la industria farmacéutica. Un planteo socialista exige, en cambio, la reapropiación social de las conquistas más avanzadas de esta industria, hoy en manos de los pulpos. El Foro acepta, en cambio, las “canastas asistenciales”. Sólo reclama que no se conviertan en un negociado privado, para lo que propugna una producción estatal que, por lo visto anteriormente, es inviable o marcadamente insuficiente.

Frente político

Aunque un Foro es esencialmente una tribuna de posiciones y planteamientos, los organizadores excluyeron al PO de la mesa principal del mismo. Es evidente, por lo tanto, que el Foro pretendía amalgamar un planteo político común, donde no tenía cabida el PO. Lozano fue, en este sentido, concluyente, cuando señaló –al intervenir después de Ripoll, Kreyne, el ARI y la CCC- que “siendo los planteos coincidentes, la pregunta es qué herramienta política construimos para disputarle el espacio al kirchnerismo”. El Foro fue el pretexto para presentar el ensayo de un frente político. La mesa central fue intitulada “Salud y política en Argentina de *cara al 2007*”. *Uno de sus panelistas –convocado pero ausente- era Hermes Binner.*

El MST está justificando su disolución política en los Cafiero bajo el argumento de que “lo importante es que se acuerde un programa”. El Foro le dio la razón, ya que mostró la ausencia de fronteras entre la izquierda y el centroizquierdismo gobernante, sea bajo la forma actual de los

Kirchner/ Ginés, o la potencial de los Binner o Carrió. En oposición a esa disolución, el taller de Tribuna de Salud expuso un punto de vista socialista, integrando la crisis sanitaria a la crisis capitalista, y planteando una salida a la catástrofe de salud en el marco de una reorganización general sobre nuevas bases sociales.

- [Industria Farmaceutica](#)

Política nacional de medicamentos

El programa del gobierno para salvar a la industria farmacéutica

La quiebra del estado en el 2001 y la devaluación del 300% del peso, provocaron una crisis política sin precedentes y sumergió en la pobreza y el desempleo al 50% de la población del país.

Los efectos en el mercado de medicamentos e insumos de salud no se hizo esperar, y el desabastecimiento y la escalada de precios que corrieron detrás de la devaluación, llevó a la dolarización.

La declaración de la emergencia sanitaria nacional en marzo de 2002, por el gobierno de Duhalde y su ministro de Salud González García, dio paso a la implementación de una política nacional de medicamentos, sustentada en la prescripción por nombre genérico, el Programa Remediar y la extensión de la cobertura al 70% para las enfermedades crónicas.

Fundamentalmente, la prescripción por nombre genérico fue dirigida a promover la competencia de precios, originando un mercado de segundas marcas (en oportunidades comercializadas por las mismas empresas farmacéuticas poseedoras de los derechos de propiedad del medicamento original) y copias o similares, carentes de la licencia del original.



En realidad, los medicamentos genéricos son aquellos que sólo pueden comercializarse una vez que la patente original ha caducado.

Tal como lo señala el propio Ministerio de Salud, en Argentina no existen los medicamentos genéricos. El mercado Argentino está compuesto en casi su totalidad por "copias".

La política nacional de medicamentos constituyó un rescate a la industria de medicamentos frente a la caída abrupta del consumo, dirigido a recomponer las ganancias de los industriales, otorgándoles la posibilidad de introducir en el mercado local, una segunda línea de los mismos medicamentos con un precio diferencial, conservando el segmento de precios más altos para los sectores de mayores ingresos, recuperando las ventas en los amplios sectores medios y bajos profundamente golpeados por la pobreza y el desempleo.

También habilitó un mercado de copias, que benefició a los industriales locales, incapaces tecnológicamente de producir especialidades medicinales innovadoras.

En conjunto, recompuso a los industriales, tanto a las empresas transnacionales como a las industrias locales, preservando en todos los casos la propiedad de la patente del producto farmacéutico.

A pesar de haber apelado a los laboratorios de medicamentos de propiedad estatal, para incrementar su capacidad productiva, el desabastecimiento de medicamentos e insumos en la salud pública, puso al descubierto el retraso de las condiciones de producción o directamente su inexistencia.

El Ministerio de Salud dirigió su accionar a la reconversión de las actividades productivas de las plantas, en todo caso, a desarrollar la estrategia de arreglarse con lo que podamos ("fomentar la especialización de un único tipo de producción y limitada a un número escaso de drogas").

En este escenario el Ministerio lanzó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia.

El PMOE es un programa de prestaciones esenciales que deben garantizar los agentes del seguro de salud y el PAMI, mientras persista la situación de emergencia sanitaria.

Las prestaciones básicas esenciales son aquellas necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades para los beneficiarios del sistema de seguro de salud y el PAMI.

También se implementó un precio de referencia de insumos y medicamentos críticos (precio promedio), que es cubierto parcialmente por las aseguradoras de salud, que deben reconocer un mínimo del 40% del precio de referencia del principio activo fijado, sin estar vinculado el descuento al precio final del medicamento.

El gobierno buscó recomponer el sistema de extracción de ganancias del producto comercializado, quebrado por la recesión y la pobreza, y tal como lo señala el Ministerio de Salud, "colocando la presión financiera sobre los consumidores y/o prescriptores de medicamentos", dejando a los industriales a salvo.

Pero no fue todo.

Los agentes del seguro de salud sólo reconocieron el financiamiento obligatorio de los productos que previamente fueron definidos en el Formulario Terapéutico Nacional, básicamente dirigido a la consulta ambulatoria, que originó una canasta de medicamentos que se combinó con la política de prescripción por nombre genérico.

En definitiva se recomponían las ganancias de los productores de medicamentos, sin afectar la propiedad de las patentes, introduciendo un mercado de segunda línea y de copias, estableciendo un precio promedio y limitando la cobertura al 40% en la compra de medicamentos, haciendo recaer la estabilidad del precio, en los médicos y sus pacientes.

A partir del 2002 se creó el Programa Remediar, que es un programa de medicamentos esenciales, basado en un modelo de atención primaria, para pobres o población sin cobertura de obra social.



Los medicamentos esenciales son aquellos que deben hallarse disponibles en todo momento en las cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran, y a un precio asequible para las personas y la comunidad (OMS 1999)

Remediar es un programa de distribución gratuita a través de los Centros de Atención Primaria, dirigido a quienes no pueden comprar los medicamentos, compuesto por 54 presentaciones medicamentosas del listado de medicamentos esenciales de la OMS, que responden a las necesidades del 80% de las consultas de atención primaria.

Estos medicamentos fueron distribuidos a través de botiquines que contienen entre 240 y 400 tratamientos. Su contenido determina la existencia de distintos modelos de botiquín.

La propia lectura de los boletines Remediario, da cuenta de la insuficiente provisión de medicamentos entregados y de la falta de stock.

Pero lo verdaderamente importante respecto a

los medicamentos esenciales, tal como lo hemos señalado anteriormente (Tribuna de Salud N° 11 Mayo 2006), es que el listado de medicamentos esenciales es una estrategia de medicamentos para pobres, y una muestra de la política de adaptación a lo que se puede, a lo que hay, sustentada por la OMS, siendo en verdad una falsa opción para resolver la inaccesibilidad a los productos farmacéuticos. La ecuación costos - pobreza en cada país, termina determinando qué medicamentos integran la lista de esenciales.

Por otro lado, la extensión de la cobertura al 70%, ya señalábamos en el 2005 que significaba un motor de crecimiento de la industria farmacéutica Argentina, que ya acumulaba una recuperación del 20% , según informaba Telam (Tribuna de Salud N° 10 Noviembre 2005).

Nuestra posición

Las medidas adoptadas a partir de la crisis del 2001 y en particular la Emergencia Sanitaria (aún vigente) son herramientas para la recomposición de las ganancias de los propietarios de la industria farmacéutica, afectados por la recesión y la caída del consumo a partir de la devaluación del 2001.

La dolarización de los precios de los medicamentos e insumos y la política de salvataje ideada por el gobierno de Duhalde y González García, continuada por Kirchner y el mismo García, fue plasmada en el Plan Remediar y en el PMO/E, beneficiando a las compañías productoras de medicamentos, nacionales y extranjeras, creando un mercado para pobres, con medicamentos y prestaciones para pobres.

Desde Tribuna de Salud sostenemos que la salida a la crisis sanitaria debe estar dirigida a:

- La producción estatal de medicamentos, indivisible de una política que enfrente los intereses de las industrias de especialidades medicinales nacionales y extranjeras, desconozca las protecciones establecidas por las leyes de patentes, asegure la provisión de los puestos de trabajo para su producción, cuente con el financiamiento presupuestario irrestricto, asegure la biodisponibilidad y la bioequivalencia de los medicamentos producidos, esté orientada a garantizar la cobertura sanitaria de las enfermedades de la población del país (regionales, generales, endémicas) y que sea dirigida por un comité científico integrado por representantes de los claustros docentes y de los laboratorios de las Universidades Estatales de todo el país, profesionales y técnicos de la salud bajo control de los trabajadores.
- El cumplimiento de una política de salud pública, estatal, gratuita, de acceso universal, y que debe empezar por triplicar el presupuesto de salud, terminar con la flexibilización laboral de los trabajadores de la salud, otorgar el pase a planta permanente de todos los trabajadores, anulando todas las modalidades de empleo precario, cubriendo todas las vacantes de cargos vacantes y el llamado a concursos, abasteciendo de todos los insumos necesarios a los hospitales y centros de salud y la manteniendo y ampliando el recurso físico, ante la demanda creciente de la población.

Dr Luis Trombetta

Publicado en [Tribuna de Salud, Diciembre 2007, Volumen 6, No. 13](#)

- Nota anterior: [Lo que viene en Salud](#)
- Próxima nota: [El Plan de salud de Cristina: un plan de vaciamiento del hospital público](#)
- [Gobierno nacional](#)
- [Industria Farmaceutica](#)

Industria Farmaceutica

Antibióticos “esenciales”: ¿utilidad o costos?

Luis Trombetta

La publicación en Tribuna de Salud N° 10 del artículo “Producción pública de medicamentos” ha dado paso a un debate que ha incluido la estrategia adoptada por la OMS, a partir de 1977, cuando se confeccionó la primera lista modelo de medicamentos esenciales. En este artículo se analiza un estudio sobre utilidad y costos de los antibióticos esenciales, y los límites de esta estrategia.

La inversión de dinero en la investigación de medicamentos antiinfecciosos (que representó el 16% del gasto total de medicamentos que llegaron al mercado entre 1972 y 1992), los sitúa en el tercer lugar, detrás de los medicamentos que actúan sobre el sistema cardiovascular y nervioso.

La aparición de cepas bacterianas resistentes a los antibióticos utilizados, puede elevar aún más el costo de estos tratamientos.

Un artículo publicado en el Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (3): 211±216 por F. Fasehun, da cuenta de este problema, y analiza los factores que determinan la selección de antibióticos en las listas de medicamentos esenciales.

Con el título **“La paradoja de los antibacterianos: medicamentos esenciales, eficacia y costo”**, su autor sostiene (que) *“el concepto, propuesto por la OMS, de una lista de medicamentos esenciales que abarcase los productos correspondientes a las necesidades sanitarias de la mayoría de las personas ha sido aceptado por los países, que lo han adaptado a sus necesidades”*.

Fasehun señala que *“En el presente estudio se examinan las listas de medicamentos antibacterianos esenciales de 16 países elegidos entre las seis regiones de la OMS. La mayor parte de estos países incluyen en sus listas el 73% de los antibacterianos esenciales recomendados por la OMS. Sin embargo, la mayoría carecen de antibacterianos de reserva, e incluso de algunos antibacterianos de la lista principal, esenciales cuando el tratamiento empírico fracasa debido a la resistencia bacteriana. Se examinan numerosos factores que pueden influir en la omisión de esos medicamentos, sin olvidar los relativos al costo”*.

Los países incluidos figuran en la Tabla 1.

TABLA 1.

Número de medicamentos esenciales, nivel de uso en la atención sanitaria y cobertura, por países. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (3): 211-216.

Región / país (ref.)	Nº de medicamentos esenciales	Nivel de uso en la atención sanitaria (a)
AFRICA ANGLÓFONA		
Botswana (7)	350	ND
Kenya (8)	195	HR, HPR, HD, HSD, CS
Malawi (9)	242	CS, HD, HCE
Nigeria (10)	409	HP, ISP
Zimbabwe (11)	592	CS, HD, HPR, HE
FRANCÓFONA		
Benin (12)	187	CS, HD, HPR, HU
Guinea (13)	165	HU, HR, HPR, CS
Malí (14)	198	ND
LAS AMÉRICAS		
Ecuador (15)	225	CS, HD, HR, HE
Honduras (16)	351	HZ, HRG, CS
MEDITERRÁNEO ORIENTAL		
Yemen (17)	2564 niveles (b)	
EUROPA		
Estonia (18)	173	ND
ASIA SUDORIENTAL		
Bhután (19)	312	HR, HD, B, D
Sri Lanka (20)	220	CS, HD, HPR, HE
Tailandia (21)	366	ND
PACÍFICO OCCIDENTAL		
Filipinas (22)	536	ND

(a) CS = centro de salud, D = dispensario, HP = hospital público; ISP = instituto de salud pública, HR = hospital de referencia; HD = hospital de distrito; HSD = hospital de subdistrito; HPR = hospital provincial; HU = hospital clínico o universitario; HE = hospital especializado; HZ = hospital de zona; HC = hospital cantonal; HRG = hospital regional; B = unidades básicas de salud; HCE = hospital central; ND = no disponible.
 (b) No especificados.

La lista de medicamentos esenciales de la OMS se divide en dos partes: la lista principal y los medicamentos complementarios.

En la categoría de antibacterianos existe un tercer grupo (agentes antibacterianos de reserva); los medicamentos de este grupo no tienen alternativas terapéuticas y su uso se limita a reducir el riesgo de aparición de resistencia.

Como promedio, los países estudiados seleccionaron el 73% de los medicamentos antibacterianos incluidos en la lista principal y la lista complementaria de la OMS.

TABLA 2.

Frecuencia de selección de los antibacterianos de la lista modelo de la OMS por los 16 países escogidos entre las seis regiones de la OMS. Bulletin of the World Health Organization, 1999, 77 (3): 211-216.

Frecuencia de selección (%)		Frecuencia de selección (%)	
Antibacterianos			
PENICILINAS		Sulfadimidina	31,3
Ampicilina	100	Trimetoprim	12,5
Cloxacilina	100	FURANOS	
Penicilina benzatínica	93,8	Nitrofurantoína	75
Bencilpenicilina	87,5	QUINOLONAS	
Fenilmetoxipenicilina	87,5	Ciprofloxacina	62,5
Bencilpenicilina procaína	81,3	Acido nalidíxico	18,8
Amoxicilina	75	OTROS	
CLORANFENICOLES		Espectinomicina	37,5
Cloranfenicol	100	Metronidazol	81,3
AMINOGLUCÓSIDOS			
Gentamicina	100	Antibacterianos restringidos	
TETRACICLINAS		CEFALOSPORINAS DE 3 GENERACIÓN	
Doxiciclina	75	Ceftriaxona	37,3
MACRÓLIDOS		Ceftazidima	6,3
Eritromicina	100	OTROS	
LINCOSAMINAS		Vancomicina	12,5
Clindamicina	43,8		
SULFONAMIDAS			
Metoxazol/Trimetoprima	100		

El examen de las listas de medicamentos esenciales de 16 países de las regiones que distingue la OMS, a saber, África, las Américas, Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y Europa, reveló que esos países habían adoptado más del 70% de los antibacterianos de la lista modelo de la OMS.

Sin embargo, el análisis reveló que el 33%-88% de los países no incluyen cefalosporinas, fluoroquinolonas, vancomicina, espectinomicina, trimetoprim, ácido nalidíxico o piperacilina en sus listas.

Se pregunta el autor: ¿Qué factores pueden explicar que los países no seleccionen los medicamentos mencionados más arriba? En primer lugar, los costos pueden ser un factor importante.

Para las enfermedades infecciosas provocadas por cepas bacterianas resistentes al tratamiento empírico inicial se necesitan tratamientos antibacterianos más recientes, pero éstos son costosos. No todos se pueden permitir medicamentos antibacterianos costosos en los países en desarrollo, por ejemplo en el África subsahariana, donde los desembolsos directos representan el 40% de los gastos de atención sanitaria

Otros factores que podrían dificultar la selección de antibacterianos de reserva para casos de farmacorresistencia son la falta de instalaciones de laboratorio donde analizar la sensibilidad bacteriana; la falta de formación de los prescriptores en materia de tratamientos antimicrobianos y farmacorresistencia; las actividades promocionales de las compañías farmacéuticas; y el hecho de que los países no examinen su lista de medicamentos esenciales para modificarla a la luz de los resultados de las últimas pruebas de sensibilidad a los antibacterianos.

El agravamiento de la resistencia bacteriana entraña aumentos directos e indirectos del gasto sanitario que la mayoría de los países en desarrollo apenas se pueden permitir, como por ejemplo un aumento de la morbilidad y la mortalidad, particularmente en pacientes inmunocomprometidos,

y la pérdida de productividad ligada al ausentismo laboral.

Fasehun propone medidas para controlar la propagación de cepas resistentes y el mejor uso empírico de los antibióticos.

Pero el problema del costo sigue allí.

Veamos cómo es la situación económica de los países incluidos en este estudio.

De acuerdo al índice de pobreza humana, calculado por el Programa para el Desarrollo Humano para países en desarrollo (1995), mientras Uruguay ocupa el 1º lugar, Botswana ocupa el 94, Kenia el 64, Malawi el 85, Nigeria el 75, Zimbabwe el 89, Benin 95, Guinea 93, Malí 101, Ecuador 22, Honduras 39, Yemen 77, Sri Lanka 42, Tailandia 28, Filipinas 35.

La pobreza es el denominador común de estos países.

Este estudio revela que la estrategia del listado de medicamentos esenciales, en este caso antibióticos, es una estrategia de medicamentos ... para pobres!

Es una muestra de la política de adaptación... a lo que se puede, a lo que hay... sustentada por la OMS, y es una falsa opción para resolver las necesidades sanitarias de la población y la inaccesibilidad a los productos farmacéuticos

Fasehun ejemplifica en su estudio, que el costo del tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual (gonorrea y sífilis), las neumonías y la shigelosis (disentería bacteriana) se incrementa de acuerdo a la resistencia bacteriana.

¿Qué sucede entonces cuando se requieren antibióticos costosos, que no fueron incluidos en las listas de medicamentos esenciales?

Se pone al descubierto el fracaso de esta política.

Desde Tribuna de Salud hemos abierto el debate sobre la producción pública de medicamentos, la ley de patentes y los acuerdos internacionales sobre la propiedad intelectual, y hemos fijado nuestra posición: sostenemos que la producción estatal de medicamentos es indivisible de una política que enfrente los intereses de las industrias de especialidades medicinales nacionales y extranjeras, desconozca las protecciones establecidas por las leyes de patentes, asegure la provisión de los puestos de trabajo para su producción, cuente con el financiamiento presupuestario irrestricto, asegure la biodisponibilidad y la bioequivalencia de los medicamentos producidos, esté orientada a garantizar la cobertura sanitaria de las enfermedades de la población del país (regionales, generales, endémicas) y que la producción sea dirigida por un comité científico integrado por representantes de los claustros docentes y de los laboratorios de las Universidades Estatales de todo el país, profesionales y técnicos de la salud bajo control de los trabajadores.

- [Industria Farmaceutica](#)

Un negocio familiar

Publica Perfil el 28/03/06... "la empresa RX Asesores propiedad de la familia del actual ministro de salud de la ciudad, Donato Spaccavento, vende servicios de Dosimetría a los hospitales porteños".

Esto fue reconocido por el mismo funcionario en el programa Puntos de Vista AM Del Plata que conduce Nelson Castro (29/03/06) al señalar que la empresa es de su padre, que data del año 1971



y efectivamente comercializa con los hospitales de la ciudad. El ministro reconoció “*trabajé en la misma hasta marzo del 2002 en que renuncié (luego de consultar a la Oficina Anticorrupción) cuando me propusieron hacerme cargo de la dirección del hospital Argerich*”... su esposa (abogada) es actualmente asesora jurídica de la misma.

Las explicaciones de Spaccavento en el sentido de que las compras hospitalarias son descentralizadas y los hospitales tienen por lo tanto libertad de contratación son al menos limitadas o poco convincentes, porque estos actos administrativos, el destino de los fondos así como las licitaciones y compras hospitalarias, no escapan al control de la secretaría de salud cuyo responsable es el propio Spaccavento.

- [Tapa](#)
- [Industria Farmaceutica](#)
- [Salud Pública](#)

Producción Pública de Medicamentos y Vacunas: Un debate necesario

Comité redactor de Tribuna de Salud

La publicación en Tribuna de Salud del artículo titulado “Producción Pública de Medicamentos”, ha dado origen a un interesante debate en medios que se ocupan del tema.

Se sabe que la producción de medicamentos y su comercialización es una de los negocios más fabulosos de los sectores más concentrados del capital en el orden mundial. Con características monopólicas, en manos de los pulpos farmacéuticos que la controlan por medio del dominio de las patentes, del secreto industrial, de la tecnología, la investigación y del mercado.

La modificación de este cuadro general en la producción de medicamentos a favor de una producción y distribución al servicio de las necesidades sanitarias de las grandes mayorías de la humanidad, sólo puede lograrse mediante la quiebra de aquel dominio capitalista monopólico, colocando los resortes principales de la producción farmacéutica bajo control de los interesados, los trabajadores. Una ecuación que sólo puede resolverse en el marco de una gran movilización social, de una magnitud proporcional a las resistencias de los pulpos que lucran con el negocio de la enfermedad.

Cualquier propuesta que evada esta caracterización y abogue por un enfoque posibilista, de medidas parciales y producciones “nacionales”, más o menos alejadas de la tecnología más moderna y la producción industrial de escala, cae en la demagogia. Y terminará en los planteos del tipo “hagamos lo que podamos con lo que tenemos”, que no son otros que los que inspiran las políticas de salud de gobiernos seudo nacionalistas, como el que sufrimos en nuestro país con Kirchner y Ginés.



Una producción de medicamentos y otros insumos de salud de excelencia, a escala por ejemplo, de las necesidades sanitarias concretas de los trabajadores de nuestro país en su situación actual y accesible para todos, no se logra con una “canasta de medicamentos”, ni con la producción “nacional” de “medicamentos esenciales” en el marco de las relaciones de propiedad existentes. Intentos de esa índole terminan indefectiblemente en la apología del atraso científico - tecnológico y

productivo y, posiblemente, alguna producción limitada, ineficaz e insuficiente.

No se puede reproducir “entre casa” ni desde la nada, todo el ciclo de desarrollo científico – tecnológico que llevó a la producción moderna de medicamentos. Incluso a los niveles, a partir de los cuales, algunos críticos “nacionales” opinan que no hubo más avances significativos y los desarrollos giran en la producción de modificaciones o combinaciones con la mira exclusiva en la comercialización. El conocimiento y la tecnología, que son patrimonios de la humanidad apropiados por los capitalistas, hay que ir a buscarlos a donde realmente están.

“¡Ustedes dicen que para obtener mejoras en materia de salud, hay que esperar la revolución social! Y **mientras tanto** nos quedamos cruzados de brazos!” dirán nuestros críticos. Falso, responderemos, no es así, “**mientras tanto**” hay que organizar a los trabajadores en una gran lucha para imponer medidas transitorias de control y accesibilidad a los medicamentos y la salud pública en general. Desde Tribuna de Salud nos hemos destacado por luchar por un programa de reivindicaciones de los trabajadores: retrotraer los precios de los medicamentos a diciembre de 2001. Producción nacional de fármacos sobre la base de la derogación de la ley de patentes y la intervención de los pulpos farmacéuticos y el control obrero de la producción, apertura de sus libros, triplicación del presupuesto de salud.

Pero siempre planteando, al mismo tiempo, que la solución de fondo está en la expropiación de la industria farmacéutica y de salud bajo control de los trabajadores, lo que a su turno está estrechamente ligado a la disputa por el poder político y la reorganización de la sociedad sobre nuevas bases.

Lo que nunca diremos en Tribuna de Salud es que el régimen político actual y las relaciones de propiedad vigentes pueden coexistir armónicamente con una producción pública y gratuita de medicamentos, capaz de satisfacer las necesidades de la salud popular. Y mucho menos, que esto es posible en las condiciones de la tecnología y la producción existentes en organismos oficiales, universitarios o militares de nuestro país. Lucha sí, macaneo no. Por eso denunciarnos en su oportunidad, las “leyes de emergencia sanitaria” y la “producción de genéricos” de los nac& pop del Ministerio de Salud y de los “progres” del gobierno porteño, basadas en el reparto de la miseria y la superexplotación de los trabajadores de salud. Leyes que apoyó, incluso, una parte de la izquierda.

Baste para fundamentar la inocuidad de los planteos basados en laboratorios oficiales, percibir el grado de colonización de nuestras universidades y particularmente sus Institutos de investigación, por el capital privado y los intereses empresariales. ¿A quien se le puede ocurrir investigar o producir fármacos en este ámbito sin quebrar el resistente entramado de estos intereses del beneficio capitalista? ¿Y cómo hacerlo sin una gran movilización política y social?

Durante las jornadas del Argentinazo pudimos atisbar los embriones de la tendencia popular hacia el control de los laboratorios y de las instituciones de la salud pública, surgiendo de la necesidad de satisfacer las necesidades elementales de millones. Un programa de salud, en medicamentos y otros órdenes, para no caer en la utopía distraccionista, debe tener siempre en la mira estratégica, recrear las condiciones de esa caldera social capaz de modificar las relaciones sociales y de propiedad existentes.

- [Industria Farmaceutica](#)
- [Salud Pública](#)

Gripe aviaria y los laboratorios

Gripe aviaria y los laboratorios

PUEDE SER UNA CATATROFE MUNDIAL

Pablo Rieznik

Roche es uno de los mayores monopolios de la industria farmacéutica mundial, y “fenomenal” es el adjetivo usado en un informe de la semana pasada por el *Wall Street Journal* para calificar el “enorme impulso a sus ganancias... provocado por el miedo (a la gripe aviar)”. Roche fabrica el remedio Tamiflu –también llamado oseltamivir–, una medicina que languidecía en los estantes de las farmacias y pasó a ser ahora el producto número uno en ventas. Es el único antiviral conocido para combatir la gripe de las aves, “lo que deja en manos de un solo laboratorio, que se niega a liberar la patente, el suministro mundial” (*El País*, 13/10). Mientras tanto la prensa de todo el mundo habla de una pandemia (enfermedad epidémica que se extiende a muchos países), que podría provocar decenas de millones de muertes. En estas condiciones, antes que la gripe estalle, la humanidad se ha convertido en víctima del monopolio capitalista de la salud: ya se sabe que existen remedios posibles pero no son producidos en cantidad necesaria y su restringida producción se encuentra protegida por la “propiedad privada”.

Salud, militarismo y crisis

En la enorme cantidad de publicaciones sobre este tema no hay un acuerdo sobre si el estallido de la pandemia de gripe puede ser inmediato. Hasta ahora la infección pasó de las aves a los seres humanos pero el virus respectivo no ha mutado a una forma que pueda transmitirse fácilmente de persona a persona. Las proyecciones de científicos al respecto son pesimistas, y si la mutación se produce la infección se extendería rápidamente a millones de hombres y mujeres en el mundo entero. Por esto mismo, la cuestión se ha transformado en asunto de seguridad nacional. En Estados Unidos el propio Bush se refirió a la posible movilización de fuerzas militares si es necesario asegurar el mantenimiento de poblaciones en cuarentena y “organismos de inteligencia” estudiaron escenarios posibles de infección masiva de las tropas en Medio Oriente. Otra cantidad de analistas han dedicado sus afanes a analizar las consecuencias económicas que podría tener la pandemia. En estos casos parece que más que una “gripe aviar”, tenemos un “chivo expiatorio” que podría servir de pantalla tanto a una conversión más profunda de los EEUU en un Estado policial, como a las tendencias al colapso del orden económico internacional.

En cualquier caso, el abismo existente entre lo que se ha escrito y lo que se hace, en materia de prevención frente a la posible pandemia, es monstruoso. La recomendación de la Organización Mundial de la Salud es que el stock del antiviral para enfrentar la perspectiva de un estallido de la gripe debe ser el equivalente a 25% de la población. Y se sabe que hasta ahora ningún Estado obtuvo esa cantidad de dosis. Gran Bretaña, para tomar apenas un ejemplo, tiene 2,5 millones de dosis cuando necesita al menos 15 millones. Las autoridades inglesas consideran que si hay mutación del virus en el invierno próximo, podrían morir 50.000 británicos por la fiebre aviaria. Los especialistas del Instituto Pasteur de Francia y del Robert Koch en Alemania plantearon que se debe lanzar inmediatamente un plan a gran escala de investigaciones para preparar una vacuna más eficaz que las conocidas y reclaman un financiamiento de 100 millones de euros, a contramano de la política de ajuste fiscal que reina en la Unión (*Clarín*, 18/10).

Y por casa, ¿cómo andamos?

En esta catástrofe anunciada no faltan los teóricos que plantean que se trata de un ajuste “natural” en la especie humana que acabaría con el exceso de los ejemplares menos exitosos de la especie.

Por supuesto, son los pobres y miserables. Según Mario Lozano, investigador del Conicet y director del Departamento de Ciencia de la Universidad de Quilmes, “la epidemia será grave en particular para los países donde la gente vive en peores condiciones, porque los virus de la gripe afectan a los desprotegidos, desnutridos, niños y ancianos...las pandemias, al menos de gripe, son de pobres” (*Veintitrés*, 20/11). Y agrega: habría que forzar al gobierno a poner la plata que se necesita para la vigilancia epidemiológica: “Con inversión genuina se pueden desarrollar protecciones sanitarias que evitarían millones de muertes”. Al mismo tiempo, *La Nación* informa que el antiviral Tamiflu “está completamente ausente en las farmacias de nuestro país”.

Publicado en [Tribuna de Salud](#), [Noviembre 2005](#), [Volumen 4](#), [No. 10](#)

- Nota anterior: [La debacle prestacional de la “Hormiguita Viajera”](#)
- Próxima nota: [Crítica al Plan Federal de Salud de GGG](#)
- [Industria Farmaceutica](#)
- [Salud Pública](#)
- [Internacionales](#)

Producción pública de medicamentos

Producción pública de medicamentos

LUIS TROMBETTA

En octubre de 2005 se realizó en la Facultad de Medicina de la UBA, el 3º Encuentro por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas, organizado por la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y la Secretaría de Extensión Universitaria y la Unidad de Producción de Medicamentos de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de la Plata. El tema renovó su actualidad, con posterioridad a la firma del Protocolo de Intención el 22/08/05 entre el Ministerio de Salud de Brasil y el Ministerio de Salud de nuestro país, dirigido a establecer un programa de trabajo conjunto, profundizar el intercambio de informaciones en el área de la propiedad intelectual con vistas a garantizar mejores condiciones de acceso a medicamentos y colaborar para una mejor incorporación de las flexibilidades y salvaguardas del Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de DOHA

El escenario actual

En el Congreso Argentino de Salud, el Dr. Carlos Jañez, Presidente de la Confederación Médica Argentina se refirió a la medicalización de la población (compra espontánea de medicamentos) y al gasto en medicamentos, que según su versión, asciende a 7.000 millones de dólares. Allí mismo, un di-rectivo del CEMIC señaló que desde la salida de la convertibilidad los insumos críticos aumentaron un 100%, los salarios del sector salud entre 50 y 55% y los insumos de alta tecnología hasta un 200%.

A pesar de la caída de las ventas en el mercado interno durante 2002, debido al aumento de los medicamentos y a la implementación de la Ley 25649 de medicamentos genéricos, la Consultora Estratégica de Negocios para las PyMES, señalaba que la industria farmacéutica había crecido un 20% durante el año 2004.

La implementación de medidas gubernamentales como la ley de genéricos, el Plan Re-mediar y la cobertura del 70% en los medicamentos para las enfermedades crónicas constituyó en los últimos meses el motor del crecimiento de la industria farmacéutica en Argentina, que acumula en lo que va del año una recuperación del 20%, informó la agencia Télam.

Para la industria extranjera, la situación también mejoró

Para el grupo NOVARTIS, representado en la Argentina por Novartis Argentina SA y Sandoz Argentina, sus ventas alcanzaron en el 2002, 209,601 millones de pesos y en el 2003, 268,908 millones de pesos, a pesar de la caída en términos de tipo de cambio por la devaluación del dólar, además de señalar el aumento de las ventas de “genéricos de calidad” que ellos mismos producen. Un estudio de FIEL, de octubre de 2002 (Nuevas Estrategias Competitivas en la Industria Farmacéutica Argentina y Reconocimiento de la Propiedad Intelectual), señala que ... *el modelo de organización industrial del sector farmacéutico en la Argentina estuvo hasta comienzos de la década del 90 determinado en buena medida por la existencia de un marco regulatorio caracterizado por una política arancelaria proteccionista, la ausencia de reconocimiento de derechos de propiedad intelectual en este área, un proceso de aprobación de productos ineficiente y discrecional, y la aplicación re-curren-te de estrictos controles de precios.*

Las transformaciones operadas a partir de los 90, introdujeron las siguientes modificaciones:

Apertura externa de la economía: Liberalización de precios:

Simplificación y transparencia en el registro de productos. Desregulaciones comerciales:

Normatización para la realización de ensayos clínicos

Patentes farmacéuticas (adhesión de la Argentina al Acuerdo TRIPs celebrado en el marco de la creación de la Organización Mundial del Comercio)



El objetivo de estas medidas apuntó a *eliminar distorsiones y tornar más competitivo el mercado, tendiendo a suprimir el sesgo favorable a la industria nacional que imprimía el diseño e implementación del anterior marco regulatorio, al tiempo que se creaban las condiciones para que en la Argentina pudieran desarrollarse actividades de investigación y desarrollo.*

Con respecto al impacto que produce en la industria nacional la Ley de Patentes, FIEL señala que ... *los laboratorios nacionales no ven afectada su cartera actual de productos, pero tendrán que redireccionar su estrategia a futuro para adaptarse a las nuevas reglas de juego.*



Cerca del 50% del mercado local está integrado por firmas nacionales que basaron históricamente su estrategia competitiva en la imitación de drogas que lanzaban al mercado en forma simultánea a los medicamentos originales que elaboraban los laboratorios innovadores o sus

licenciatarias.

No hay una salida en las conclusiones del Encuentro...

La Declaración final de la Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas no incluyó ni una palabra sobre la Ley de Patentes ni sobre los acuerdos internacionales sobre propiedad in-telectual.

Tampoco se refirió al financiamiento de la producción pú-blica de medicamentos, que en primer lugar debería contar con la debida asignación presupuestaria, y si bien la Declaración expresa que “La financiación de estas políticas debería realizarse a través de rentas generales y no aumentando el endeudamiento mediante la toma de créditos de origen internacional, como los ofrecidos por el BID”, es necesario aclarar que las rentas generales se originan en los impuestos que recaen especialmente sobre los sectores asalariados, ya sea a través de impuestos al consumo de artículos esenciales, en particular el IVA, o por la confiscación salarial que ejerce el Estado, con el congelamiento y el retraso salarial de sus empleados, origen del actual superavit fiscal.

No hay una sola mención al control de precios a la industria farmacéutica...El planteo de “fabricar genéricos” es, por lo tanto, una cortina de humo... para no intervenir sobre los monopolios farmacéuticos, abrir sus libros, imponer el control sobre sus costos y beneficios y abolir sus secretos comerciales y técnicos.

Por otra parte se fundamenta la producción pública de medicamentos en lugar de la estatal, ocultando que la producción pública estaría en manos de los capitalistas (nacionales), que tienen la capacidad instalada, el desarrollo de las líneas de investigación y el usufructo de las patentes.

No se denuncia la apropiación por parte de la industria farmacéutica de las líneas de in-vestigación que estas impulsan en los laboratorios de las universidades estatales (convenios con la UBA)

Las conclusiones del Encuentro siguen la dirección oficial de arreglarse con lo que hay, producir lo que se pueda, en lugar de impulsar una política diametralmente opuesta al gobierno de Kirchner / Gines García y al interés de los pulpos farmacéuticos. Son precisamente estos pulpos farmacéuticos los que han desarrollado internacionalmente la producción y el mercado de sus segundas líneas de medicamentos. Esto es medicamentos de segunda para los pobres y de excelencia para los ricos.

Por lo tanto desde Tribuna de Salud señalamos

La producción estatal de medicamentos es indivisible de una política que enfrente los intereses de las industrias de especialidades medicinales na-cionales y extranjeras, desconozca las protecciones establecidas por las leyes de patentes, asegure la provisión de los puestos de trabajo para su producción, cuente con el financiamiento presupuestario irrestricto, asegure la biodisponibilidad y la bioequivalencia de los medicamentos producidos, esté orientada a garantizar la cobertura sanitaria de las enfermedades de la población del país (regionales, generales, endémicas) y que la producción sea dirigida por un comité científico integrado por representantes de los claustros docentes y de los laboratorios de las Universidades Estatales de todo el país, profesionales y técnicos de la salud bajo control de los trabajadores. TS

- [Industria Farmaceutica](#)

Tribuna de Salud

- [Noviembre 2009, Volumen 9, No. 17](#)
- [Dengue, una epidemia social, Abril 2009, Volumen 8, No. 15](#)
- [Mayo 2008, Volumen 7, No. 14](#)
- [Diciembre 2007, Volumen 6, No. 13](#)
- [Octubre 2006, Volumen 5, No. 12](#)
- [Mayo 2006, Volumen 5, No. 11](#)
- [Noviembre 2005, Volumen 4, No. 10](#)

Dossier

- [Dossier "No al Colegio Médico"](#)

Artículos recomendados

- [Acerca de una medicina no capitalista](#)
- [Otro salud ¿es posible?](#)

Indices Temáticos

- [Tapa](#)
- [Editorial](#)
- [Gobierno nacional](#)
- [Provincia de Buenos Aires](#)
- [Ciudad de Buenos Aires](#)
- [Sindicales](#)
- [Salud Pública](#)
- [Salud Mental](#)
- [Residentes](#)
- [Hospitales](#)
- [Industria Farmaceutica](#)
- [Pami](#)
- [Internacionales](#)
- [Avisos](#)