

MIRADAS SOBRE EL PROGRAMA REMEDIAR DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA

Avance de investigación en curso

GTN°19: Salud y seguridad social: transformaciones sociales e impactos en la población

Florencia Cendali

Lic. en Sociología. Esp. en Planificación y Gestión de Políticas Sociales.

Estudiante de la Maestría en Políticas Sociales.

Universidad Nacional de Luján. Buenos Aires Argentina.

florencendali@hotmail.com

Resumen

Esta ponencia -parte de una investigación sobre la Política Nacional de Medicamentos en Argentina- tiene como objetivo reflexionar sobre el Programa Remediar + Redes que se ejecuta desde el Ministerio de Salud de la Nación, el cual tiene como finalidad la provisión gratuita de medicamentos esenciales en todos los Centros de Atención Primaria de Salud de Argentina.

Se espera analizar cuál es la responsabilidad de los Estados Latinoamericanos en la intervención sobre el mercado de medicamentos que presta “servicios de salud”, en el contexto mundial de crisis actual, dónde sólo los Estados Nacionales con decisión política pueden establecer un diálogo y confrontación con los sectores poderosos, para dejar de presentar a la salud como un “gasto” y una “fuente de beneficio”.

Palabras Claves: Salud Colectiva - Políticas Sociales – Medicamentos

I. Breve introducción a la temática

En la actualidad es indiscutible el rol de los medicamentos que influyen en los fenómenos demográficos de mortalidad, morbilidad, natalidad y en los niveles de salud colectiva; si bien es cierto que el avance de su tecnología ha conllevado una mejora en la calidad de vida, no se ha observado un incremento del acceso a los fármacos que sirven, mientras que la oferta de medicamentos caros e irrelevantes aumenta continuamente. Si se quiere disminuir las inequidades, es imposible dejar a los medicamentos, vacunas e insumos médicos fuera de las políticas de salud, por el contrario se estaría haciendo una gestión inconclusa o parcial, ya que su carencia generaría una situación de “violencia e injusticia” social sobre y para la ciudadanía.

En la Universidad Nacional de Luján en Argentina se ha venido realizado una investigación -en los últimos años- sobre la Política Nacional de Medicamentos que se ha implementado en este país desde el año 2002, principalmente sobre sus tres ejes de acción:

- La prescripción de medicamentos “por nombre genérico”,
- El Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Precios de referencia y Formulario Terapéutico Nacional (FTN);
- La provisión gratuita de medicamentos esenciales, a través del llamado Programa Remediar + Redes, que se basa en la promoción de la denominación común internacional (DCI), la selección racional de los medicamentos y la distribución de medicamentos de uso ambulatorio para quienes concurren a los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de toda la Argentina.

En consecuencia, esta ponencia tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre el Programa Remediar + Redes. Varios interrogantes surgen sobre esta política planificada a nivel nacional e implementada a nivel local-territorial: ¿basta con una política esencialmente de distribución?, ¿se ha logrado bajar los precios y educado a la población sobre el consumo de medicamentos?, ¿ha aumentado el acceso a los sectores vulnerables?, ¿es la estrategia más adecuada o es burocráticamente dificultosa por el “papeleo y el tiempo” que implica para el sistema de control y el clearing en los CAPS?, ¿es necesario ejecutar una política de medicamentos más ambiciosa como es el Programa para la Producción Pública de Medicamentos, vacunas y productos médicos (PPM)?, entre otras.

Para concluir, se espera reflexionar sobre cuál es la responsabilidad de los Estados Latinoamericanos en la intervención sobre el mercado de medicamentos que presta “servicios de salud”, en el contexto mundial de crisis actual, dónde sólo los Estados Nacionales con decisión política pueden establecer un diálogo y confrontación con los sectores poderosos, para dejar de presentar a la salud como un “gasto” y una “fuente de beneficio”. Antes bien, pensarla como una “inversión” y una “oferta a la población por derecho de ciudadanía”, descartando así las necesidades del Mercado, los productores y comercializadores de Medicamentos, Vacunas e Insumos Médicos, para privilegiar una solución colectiva a esta necesidad tan trascendental para la población.

II. Características de la Política general actual de Medicamentos en Argentina

Hay que comenzar señalando que frente a la crisis financiera, económica y política de diciembre de 2001 se estableció la Ley Nacional N° 25.561 de Emergencia Pública que declara la Emergencia Sanitaria Nacional, mediante el Decreto Nacional N° 486 de marzo de 2002, cuyo objetivo fundamental era garantizar el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud de la población Argentina.

Se define a “la falta de acceso a medicamentos” como un problema social sobre el cual se debe generar un acción pública. Desde el Ministerio de Salud de la Nación se implementó una política con el objetivo de garantizar el acceso a la población, basándose en la idea de la distribución universal, gratuita de medicamentos, desde el ámbito nacional y prometiendo la planificación, en un futuro, de la producción estatal.

En el año 2001 los organismos internacionales ya habían recomendado a los países miembros el establecimiento de acciones que aseguren el acceso a ciertos medicamentos, los llamados esenciales que son “aquellos que sirven para satisfacer las necesidades de atención de la salud de la mayoría de la población”. Por esta razón, parafraseando al Comité de Expertos de la OMS en Medicamentos Esenciales, 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.

En el año 2002, a partir de la Resolución 201/02 se crea el Plan Médico Obligatorio (PMO) que establece que el Sector Privado y de Obras Sociales tienen la obligación de cubrir el 40% del costo de los medicamentos de uso ambulatorio y el 100% de los medicamentos especiales de enfermedades crónicas en el PMO (HIV, anticoncepción, etc.).

En el año 2004 se actualiza, resolución 310/04, la lista de medicamentos cubiertos y la cobertura del 70% a los medicamentos de enfermedades crónicas. La disyuntiva es conocer si se han informado sobre, estos derechos adquiridos, los grados de cobertura a la población en general y a la de OOSS en particular.

La política nacional argentina establecida desde 2002, tiene como objetivos la promoción de la denominación común internacional (DCI), la selección racional de los medicamentos y la provisión pública de los esenciales de uso ambulatorio (Remediar + Redes), lo que conlleva la implementación de una política de carácter universal.

Se presenta con 3 ejes principales de acción:

1) La prescripción de medicamentos por nombre genérico:

Se supone de gran utilidad porque brinda la información al usuario sobre las marcas que contengan el mismo principio activo, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades, indicando los respectivos precios y dando a los “pacientes-clientes” libertad de elección de la marca.

Esta acción supondría el control por el Estado porque aseguraría su calidad, seguridad y eficacia a través del Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología (ANMAT), contribuiría a equiparar la asimetría de información, devolviéndole “la soberanía al consumidor” y favorecería la disminución del precio de los medicamentos, ya que supondría la competencia entre los oferentes.

2) Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Precios de referencia y Formulario Terapéutico Nacional (FTN):

Esto significa el reconocimiento de los productos farmacéuticos incluidos en el FTN y el establecimiento del sistema de precios de referencia para aumentar el acceso de la población a los medicamentos.

3) Provisión gratuita de medicamentos esenciales: Programa Remediar+ Redes:

“El Programa Remediar es un programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales para atención primaria en los CAPS de todo el país y está orientado a los individuos que no poseen ingresos” (González García, 2005:209).

Este programa se constituyó como la estrategia central, el instrumento visible, del Ministerio de Salud de la Nación. Representa la cobertura de la población con que se utiliza el subsistema público de salud, en situación de vulnerabilidad, suponiendo una contribución a la atención primaria de salud (APS), jerarquizando a los CAPS como los lugares estratégicos donde se encuentra la comunidad con los profesionales.

III. Avances y Retrocesos del Programa Remediar + Redes

El Remediar posee tres líneas de acción:

- a. Fortalecimiento de Redes de Salud: Impulsa Proyectos Provinciales y Proyectos Locales Participativos (PLP) para aumentar la participación popular, los cuales serán descriptos en este apartado.
- b. Capacitación de los recursos humanos en salud: Promueve la capacitación permanente de los recursos humanos en salud a partir de diferentes instancias formativas orientadas a la actualización de conocimientos de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de las Redes. Esta línea acompaña a los PLP.
- c. La provisión y distribución de medicamentos esenciales (línea principal de acción de este programa)

A través de Remediar (2013) se han distribuido oficialmente a lo largo de 10 años medicamentos a casi 7.000 CAPS en todo el país, buscando cubrir la necesidad de más de 15 millones de personas, en 352 millones de tratamientos, a través de 554.5 millones de consultas médicas y de 169 millones de recetas Remediar, que equivalen a 929.9 millones de pesos en transferencias monetarias.

Todos los medicamentos del vademécum del programa son comprados, prescritos y usados según la denominación común internacional. La compra centralizada de los medicamentos (mediante licitaciones internacionales) obtiene precios de adquisición que implica ahorros del 92% en comparación con los precios de venta minorista, según lo expuesto en el informe: “Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS” del Ministerio de Salud de Nación.

Los medicamentos se distribuyen en botiquines, directamente a los CAPS, permitiendo su seguimiento y control. “Esta alternativa genera un altísimo beneficio social; si bien el Estado incrementa su gasto, la compra centralizada y la manera en que se realiza la distribución de botiquines permite un uso eficiente y genera economías de escala que no pueden ser generada con otra alternativa” (González García, 2005:210), en 10 años se han entregado 1.727.063 millones de botiquines (1.5 millones directos del programa y 462.133 mil pertenecientes a otros programas, como son HIV/Sida y Salud Sexual)

Los botiquines son cajas estandarizadas, de tamaño único, que contienen entre 240 y 400 tratamientos. El contenido de cada botiquín depende de la combinación de medicamentos que obedece a la información producida mensualmente por los CAPS, relacionada con la utilización y el stock remanente de productos, lo cual determina la combinación de modelos de botiquín que recibirá en las siguientes entregas. Según el Remediar (2012): Los datos requeridos a los equipos de salud sobre cantidad y perfil de las consultas, recetas y utilización de medicamentos tienen un impacto directo y cotidiano sobre las decisiones adoptadas en cada una de las entregas de botiquines, en la planificación de nuevos procesos de compra de medicamentos y en la redefinición de objetivos específicos de esta línea de acción de Remediar + Redes.

La responsabilidad repercute sobre los trabajadores quienes deben completar los formularios y actualizar diariamente las disminuciones e incrementos de las cantidades de consultas, recetas, sumado al control estricto del stock.

Estas tareas son obligatorias para cada CAPS que participe en el programa, ya que se supone que al ajustar la provisión a la demanda específica de cada centro, independientemente de su localización, el modelo de botiquín contempla cualquiera de las características generales de una zona, provincia o región. El funcionamiento depende claramente de los médicos quienes completan las recetas, de los enfermeros/encargados que llenan los formularios y del paciente que asiste al CAPS.

Para acceder a los medicamentos gratis, los usuarios deben realizar una consulta con los profesionales. Si el médico prescribe un medicamento incluido en el vademécum de Remediar (no por fuera), el mismo es suministrado, en cantidades acordes a las dosis y duración del tratamiento prescripto. Mientras que el resto de los tratamientos que no incluyen el vademécum deberán ser “adjudicados” de otra manera.

A su vez, los botiquines incluyen material didáctico, afiches, folletos, boletines y otras publicaciones destinadas al equipo de salud y a los pacientes. También existen botiquines especiales de Pediatría, Tercera edad y Universitario, cuyos contenidos se ajustan a las enfermedades y necesidades específicas del sector a la población destinada.

Desde el año 2005 se implementa el sistema de clearing, que genera una nueva tarea para cada CAPS, que es la “redistribución de Medicamentos entre centros de una misma jurisdicción”. El objetivo es evitar la existencia de sobrantes excesivos, optimizando el uso de los medicamentos provistos, ajustando el stock según la demanda real.

Esta operatoria debe ser coordinada desde la jurisdicción local en donde el CAPS desarrolla sus actividades para luego informar a los responsables provinciales. Si bien es un arduo trabajo administrativo y burocrático, ya que este proceso implica el llenado de un nuevo formulario por los mismos trabajadores con sus multifunciones, los resultados son positivos para la provincia de Buenos Aires, CABA y Mendoza.

Vale ejemplificar el sistema de clearing en tres medicamentos básicos: Se redistribuyeron 5500 comprimidos de Enalapril en Buenos Aires, se redistribuyeron 3.534 comprimidos de Paracetamol, y en el caso del Ibuprofeno se redistribuyeron 3.206 en CABA y en Buenos Aires 1.810. A su vez, con respecto al paracetamol la provincia que más tratamientos movilizó fue Mendoza que representa el 35% del total distribuido.

Como ya se ha afirmado el sistema se centra en el llenado de formularios administrativos-burocráticos por los trabajadores, que no sólo cumplen sus funciones básicas tradicionales en los

centros, como enfermeros, médicos, etc. sino también la tarea administrativa de completar los múltiples “papeles” que solicitan los responsables del programa como condición para que el Remediar + Redes continúe funcionando.

IV. Las implicancias del “+ Redes”, los Proyectos Locales Participativos y la “eficiencia” de los organismos internacionales

El Programa Remediar agrega el “+ Redes” a partir de querer impulsar Proyectos Locales Participativos (PLP) con la finalidad de aumentar la participación comunitaria. Desde el Ministerio de Salud de la Nación se realizaron cuatro convocatorias a concursos para la presentación de PLP, completando así la actividad de distribución de botiquines a los CAPS registrados en el país.

Originalmente se convocaron dos concursos en 2006 y 2007 a trabajar en la formulación de un proyecto que incluyera en la planificación y realización a miembros de la comunidad y organizaciones locales. En la primera oportunidad se financiaron 400 proyectos a nivel nacional (hubo 1200 interesados), sin discriminar -positiva ni negativamente- a ninguna provincia, de 5000\$ cada uno, o sea hubo una inversión de dos millones de pesos. En 2007 se particularizó la citación a partir de 7 temáticas orientadoras: salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva, medioambiente, tercera edad, discapacidad, prevención de enfermedades prevalentes y violencia.

El tercer concurso se realiza en 2009 y se convoca a PLP en 13 provincias, específicamente para ser implementados en referencia al “Plan Nacional para la prevención del Dengue y la Fiebre Amarilla”, donde se seleccionaron 60 proyectos con una suma de 7000\$ cada uno, con una inversión de 420.000\$.

La cuarta se invoca en 2010 y es destinada a los CAPS efectores del Programa, partícipes de las de Redes de Salud seleccionadas por las provincias, o sea se efectuó una preselección de proyectos provinciales y el monto se elevó a 10000\$ por PLP, la cantidad de otorgados depende de cada provincia.

Los proyectos, manuales y capacitaciones a distancia fueron financiados con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), los PLP debían plantearse como actividades de seis meses con posibles prórrogas.

La participación del BID como fuente de financiamiento para el desarrollo económico social e institucional de América Latina y el Caribe permite afirmar, por un lado, la necesidad de justificar la eficiencia de un programa a partir de la llamada “participación popular-comunitaria”, ya que el mismo BID asevera sus esfuerzo para desarrollar pericias para que las actividades que ellos patrocinan sean libres de fraude y posibles de control de la sociedad civil; y por otro lado, como esta subvención se traduce en una nueva política pública que genera “deuda externa” al país, Remediar + Redes sigue siendo un programa de compra y distribución de medicamentos y es el principal generador de solicitud de préstamos, mientras que los PLP no son el eje central de los mismos.

Cabe mencionar que el monitoreo de estos proyectos, grado de avance y cumplimiento, fue controlado por voluntarios de la “Red de Control Social” del programa, conformada por la histórica ONG católica “Cáritas” y la “Cruz Roja”, ya que se supone que estas organizaciones de la sociedad civil expresan la “trasparencia” de los controles al Estado, herramienta central para continuar con el financiamiento del BID. La metodología que deben aplicar está formateada en una serie de grillas: priorización de problemas, identificación de causas, registro de actividades y estrategias, cronograma, presupuesto.

Los proyectos se seleccionaron en función de “una serie de categorías y puntajes”: metodología (seguimiento del manual y llenado de las grillas correspondientes), grado de participación local (participación horizontal de distintos actores sociales, organizaciones y comunidad), aporte a la estrategia de APS (contar con un abordaje creativo), continuidad del proyecto (se considera prioritario que los proyectos puedan desarrollar mecanismos para ser sustentables en el tiempo), y relevancia

sanitaria del problema (extensión de la población afectada y potenciales consecuencias sobre la salud)” (Poza, 2012:8). Con respecto a la capacitación, la misma fue realizada a distancia con pocos encuentros presenciales, ya que el Ministerio de Salud no cuenta con equipos de terreno propios.

Según la “Guía de planificación local participativa”, en la autoevaluación de los proyectos se remarca la merma en la participación, luego del impulso inicial, puesto que “si bien en el 73% de los casos se había incrementado la participación comunitaria, la misma presenta sus oscilaciones, complejidades, ciclos de avances y retrocesos que es imprescindible respetar y entender para llevar a buen puerto la tarea” (Remediar, 2008:6).

Sobre los resultados presentados de la segunda experiencia se manifiesta que el gran inconveniente de esta experiencia se relaciona con la caracterización que se hace de la participación comunitaria, si la población participa activamente o solamente recibe lo que se diseñan los profesionales. Los datos expuestos muestran que 87% la participación se reduce sólo a la asistencia a actividades promovidas de los CAPS, el 51% participa en la implementación de la ejecución de las actividades y menos de un cuarto de los casos se involucra en la planificación de las actividades diseñadas en los PLP.

El Programa Remediar + Redes se jacta por el fortaleciendo de las Redes locales a través de los PLP, buscando “construcción colectiva”, estableciendo lazos entre los equipos de salud y las diferentes comunidades. Según las evaluaciones efectuadas durante y post la implementación, los principales complicaciones se localizan en lo metodológico y en la falta de capacitación, ya que la educación a distancia no fue eficaz para llevar a cabo las tareas planificadas originalmente en los PLP, en los proyectos de prevención y promoción

La misma guía “para el diseño, ejecución y evaluación de los PLP” manifiesta la disparidad entre las provincias para desarrollarlos, ya que esta propuesta fue planteada desde un programa nacional que se vincula directamente con los CAPS, construyendo relaciones con las provincias superficiales y heterogéneas, dificultando la integralidad.

Pareciese una utopía ingenua creer en la participación popular como el propósito de construcción de “caminos de ida y vuelta” que integre las características locales territoriales, a nivel micro social, al diseño de políticas formalizadas a nivel macro social, Nacional, en el contexto capitalista mercantilizador actual que se financia a través de organismos internacionales y que limita el accionar de las políticas públicas.

Esto se demuestra en el Informe de Auditoría de Gestión sobre los convenios de los préstamos internacionales del Programa Remediar realizados por el departamento de control de operaciones de crédito público y sustentabilidad, Gerencia de control de deuda pública, Auditoría General de la Nación, con fecha de publicación del 28 de octubre de 2010 para los préstamos BID N°1193 OC/AR y BID N° 1134 / OC-AR que comenzaron en 2002 financiando otras prioridades de coyuntura (la Reforma de Agua Potable y saneamiento) y terminaron con los préstamos al Remediar hasta el año 2009.

Cuadro: Financiamiento externo, desembolsos y costos financieros totales de los préstamos adquiridos por el Programa Remediar del 2002 al 2009

| Préstamos | Financiamiento Externo (en dólares) | Total Desembolsado | | Intereses Totales | Comisión De Compromiso | FTV | Total de costo financiero |
|----------------|-------------------------------------|--------------------|-----|-------------------|------------------------|---------|---------------------------|
| | | Monto (en dólares) | % | | | | |
| BID 1193 OC/AR | 90.000.000 | 82.601.033 | 92 | 7.162.225 | 1.631.415 | 343.000 | 9.136.640 |
| BID 1134 OC-AR | 50.000.000 | 50.000.000 | 100 | 1.831.195 | 1.921.505 | --- | 3.752.700 |

| | | | | | | | |
|-----------------|-------------|-------------|----|-----------|-----------|---------|------------|
| TOTAL PRÉSTAMOS | 140.000.000 | 132.601.033 | 95 | 8.993.420 | 3.552.920 | 343.000 | 12.889.340 |
|-----------------|-------------|-------------|----|-----------|-----------|---------|------------|

Elaboración propia, a partir de los datos presentados por la Auditoría de la Nación

Para sintetizar, es imprescindible volver a precisar que, por un lado, Remediar + Redes es uno de los programas que genera deuda externa y que continúa pensando a la Salud y a los medicamentos como un bien intercambiable en el mercado y, por el otro, en los PLP no aumenta la cantidad de participación de la población y están organizados por los profesionales sin considerar –en muchos casos- las riquezas, las limitaciones, la accesibilidad, la movilidad, las redes de relaciones establecidas por los líderes barriales ni la geografía local. Sin embargo hay que pensar que los PLP son un desafío para el modelo de implementación vertical y el individualismo impuesto en las políticas públicas en los últimos 30 años.

V. Reflexiones finales: Consecuencias del Programa Remediar + Redes y la riqueza de diseñar una política de PPM

A 10 años del Programa Remediar se deben remarcar, como señala Federico Tobar (2010), algunos puntos positivos del proceso, puesto que se garantiza el acceso a los medicamentos ambulatorios, es federal, promueve el uso racional, dio una buena respuesta a la emergencia, ha aumentado el beneficio social, si se considera el incremento en el acceso a los medicamentos de los sectores vulnerables.

Varios interrogantes surgen sobre esta política, sobre si basta con una política principalmente de distribución, si se ha logrado bajar los precios y educado a la población sobre el consumo de medicamentos, si ha aumentado el acceso a los sectores más necesitados y principalmente si es la estrategia más adecuada o es burocráticamente dificultosa por el “papeleo y el tiempo” que implica para el sistema de control y el clearing en los Centros de Atención Primaria (CAPS)

Las principales críticas hacen referencia a que, en sus inicios no se planteó la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas e Insumos y Tecnología Médica (PPM) –se deben reconocer las experiencias territoriales/locales- desde el Estado Nacional y, a pesar de la ley establecida, se ha mantenido la lógica de negociación y convivencia con las industrias farmacéuticas privadas que dominan el comercio-distribución del mercado de medicamentos y del programa Remediar + Redes en particular.

“El escenario está afectado por un grave problema de educación y por un Estado que, aun teniendo normas regulares vigentes, no las fiscaliza, no las cumple y, al mismo tiempo, no cuida a los ciudadanos en tanto consumidores” (Touloupas, 2009:91), ya que el consumidor es cautivo de la decisión del médico y “pone su cuerpo”, sin saber o estar informado –en la mayoría de los casos- de que se trata.

No se ha logrado bajar el precio de los medicamentos, objetivo inicial de esta política porque la competencia entre las empresas es inexistente, por ser oligopolios que acuerdan los precios, dejando de lado la ley de la oferta y la demanda de este mercado. En consecuencia, debería existir una política de control de precios, se deberían generar “precios testigos”, facilitando y apoyando la fabricación pública del Estado Nacional de medicamentos genéricos, entre otras medidas.

Sólo “la implementación firme y decidida de la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas (PPM) permitiría resolver necesidades sociales y atenuar problemas estructurales en Ciencia y Tecnología (...) Pero no sólo eso. También permitiría establecer precios de referencia, o testigo, más vinculados a los costos de producción que a los valores de "mercado" y, de esa manera, evitar las distorsiones brutales en los precios de los medicamentos que afectan a toda la sociedad” (GGECYT, 2009a).

Pensar y activar una política de PPM significa tener soberanía y autodeterminación como país, puesto que desde la PPM se podría abastecer al Programa Remediar + Redes a un costo menor y sin tener que pedir préstamos a los organismos de crédito (principalmente al Banco Interamericano de Desarrollo -BID-), eliminando todo debate sobre cuánto cuesta, quién lo financia, cuántos son los gastos administrativos, y cuánto se pagará de *deuda externa* para cubrir el financiamiento de los créditos, puesto que “desde el 2002 hasta el 2007 el costo del programa Remediar fue de aproximadamente 60 millones de dólares por año para comprar medicamentos” (GGECYT 2009b) que se transforma en deuda externa a ser pagada por los argentinos.

Sería más trascendental la inversión en la PPM, ya que mejoraría la investigación, docencia e industria local, el desarrollo de la tecnología y la formación de cuadros tecnológicos del país que fortalecerían al Estado, y le daría un marco estratégico institucional-formal que resolvería este problema estructural.

De aquí surge la contradicción sobre el papel del Estado que se presenta como ejecutor de políticas de regulación, con intentos de producción pública, pero que se convierte en una pieza más del mercado, asegurando a la industria privada una clientela cautiva de compradores y una rentabilidad garantizada.

En este punto, se puede marcar una diferencia entre la gestión del Dr. Ginés González García y la Lic. Graciela Ocaña, quien lo sucedió como Ministro de Salud de Nación, ya que intentó dar lugar a la lucha establecida por los laboratorios públicos locales y provinciales quienes buscaron su valoración como miembros activos del Estado para participar del Programa Remediar + Redes.

Por un lado, se llevó a cabo la creación de la RELAP en noviembre de 2007. “El acta fundacional fue firmada por delegados de más de 20 Laboratorios de PPM y por el presidente del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), Ing. Enrique Martínez, quien en representación de esa institución aseguraba soporte tecnológico a los laboratorios públicos en más de 20 rubros (controles de calidad, validación de normas, análisis de costos, etc.) (GGECYT, 2010).

La RELAP provee una pequeña parte del Remediar + Redes y nuclea “(...) esfuerzos dispersos, provinciales, universitarios, municipales, nacionales que recientemente fueron incorporados orgánicamente al Ministerio de Salud, pero que para una planificación a largo plazo, aún carecen de una estrategia de crecimiento con investigación y desarrollo apuntalados por el Estado Nacional” (Rachid, 2009:1).

Por el otro, se consigue la Resolución N° 286 de 2008 que establece la creación del programa de PPM, “(...) que en sus fundamentos dice que debido a la inaccesibilidad, la inequidad y el desabastecimiento de medicamentos y productos médicos, al tema corresponde darle un marco estratégico adecuado y formal para resolver un problema estructural” (GGECYT, 2010).

Los inconvenientes se recrudecen en la actual gestión del Dr. Juan Manzur como Ministro, puesto que no ha establecido una continuidad de gestión por la PPM y no ha fortalecido ni ha regulado la ley N°28.688 de PPM, lo que sería esencial porque “se evita quedar a merced de los precios de “mercado”, resuelve problemas sociales, baja los costos y establece precios de referencia que regulan los aumentos” (GGECYT, 2009b).

En Argentina hay capacidad instalada y cuadros académico-políticos formados para investigar y producir los medicamentos básicos esenciales de la OMS, cuyas patentes están vencidas y abastezcan al Remediar. Sin embargo esta gestión actual se caracteriza por ser ambivalente, no se ha continuado directamente con el programa de PPM ni se ha fomentado a la RELAP, las principales acciones para la PPM fueron realizadas no por el Ministerio de Salud sino por otros Ministerios Nacionales del mismo gobierno.

Se espera que la Ley N°26.688 publicada en el Boletín Oficial el 02/08/11, que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, vacunas y productos médicos, para promover estrategias de financiamiento, de accesibilidad a medicamentos que propicien el

desarrollo científico y tecnológico, sea definitivamente reglamentada por el Ministerio de Salud de la Nación.

No obstante viene retrasado, sin demasiadas explicaciones de este ámbito del gobierno nacional, mientras que, otros ministerios están actuando de forma más radical, otorgando un subsidio de \$10.651.000 para ampliación y remodelación del laboratorio de PPM del Ministerio de Defensa de la Nación.

Según Maceira (2010) las principales inquietudes y limitaciones de esta ley, centradas en el financiamiento y la distribución del mismo, son las enunciadas por la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), representante de las empresas de capital extranjero.

Para tener un modelo de producción industrial de medicamentos huérfanos, esenciales y útiles, es central tener un proyecto político que coordine y articule la ciencia, la tecnología y la innovación productiva, a partir del apoyo conjunto de los ministerios de diferentes áreas de gobierno nacional, provincial y territorial, a nivel macro y micro social.

Es central que el Ministerio de Salud siga con la inversión realizada por estas otras áreas del gobierno nacional que activan la PPM, ya que “(...) es un proyecto de características interdisciplinarias que tendría un impacto fundamental sobre el sector científico-tecnológico, hoy débil, fragmentado y de escasa utilidad social. En efecto, la articulación de proyectos con universidades y organismos de CyT conducirían a solucionar la fragmentación institucional actual, nos daría soberanía tecnológica y absorbería RRHH calificados. Todos ellos problemas estructurales que es necesario corregir para generar un verdadero sistema de Ciencia y Tecnología, del que hoy carecemos” (Foro de Salud en Carta Abierta, 2011)

Como se ha desarrollado, muchas críticas básicas se le realizan a la política actual de medicamentos por el peso que tiene el gasto en medicamentos sobre el total del gasto en salud que efectúan las familias (sobre todo las de menores ingresos), por ello se debe destacar la importancia de los “remedios de prevención estructural” (Barri, 2007) que considera a la persona integralmente, velando por sus derechos de alimentación, vivienda, abrigo, educación, etc.

Cuando las poblaciones vulnerables no disfrutan de estos derechos, estos remedios estructurales, sólo les queda recurrir al remedio “mágico” de la medicación y si eso sucede es trascendental que el Estado se comprometa como agente productivo, con capacidad de decidir y regular, dándole capacidad de acción al ANMAT para que normalice y controle los laboratorios y su producción.

Para finalizar, hay que reiterar que para regular los mercados en el sector salud e intervenir es necesario un Estado fuerte que intervenga, controle y coordine (que no pueda ser cooptado por los intereses y demandas particulares de los sectores poderosos), mediante la instauración de una política nacional, universal en salud -en general- y gratuita para ciertos medicamentos; lo cual se podría lograr con la regulación del mercado y la reglamentación de la PPM, la educación y el trabajo con los medios de comunicación-propaganda para beneficio de las prácticas de médicos, profesionales y pacientes.

VII. Bibliografía

Auditoría General de la Nación (2010). Informe de Auditoría de Gestión sobre los convenios de los préstamos internacionales del Programa Remediar realizados por el departamento de control de operaciones de crédito público y sustentabilidad, Gerencia de control de deuda pública para los préstamos BID N°1193 OC/AR y BID N° 1134 / OC-AR. AGN. Buenos Aires. Argentina

ALAMES (2010). Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión. Recuperado el 12 de Agosto de 2013. En sitio web de ALAMES México: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>

Barri, H. (2007). Prevención de los problemas mayoritarios de la población y uso racional de medicamentos. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba. Argentina

Barri, H. (2002). Hacia una política Nacional de Medicamentos. Instituto de Estudios y Formación. Central de Trabajadores de Argentina. Buenos Aires.

Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos (2005). Política Actual de Medicamentos en Nuestro País: Un análisis del Programa Remediar. *Documento de la Facultad de Medicina*. UBA. Buenos Aires. Argentina

Escudero, J.C. (2011). Sobre la salud colectiva. Recuperado 21 de mayo de 2013. En *Revista Voces en el Fénix: En estado crítico*. No. 7, Buenos Aires. <http://www.vocesenelfenix.com/content/sobre-la-salud-colectiva>

Foro de Salud en Carta Abierta (2011). Políticas de Salud para el Proyecto Popular. Recuperado el 12 de agosto de 2012. En *Espacio Carta Abierta*. Buenos Aires. En sitio web: <http://forodesaludencartaabierta.blogspot.com/>

GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2010). *Diputados: reacción - Ministerio de Salud*. Recuperado 21 de mayo de 2013. <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2011/03/fwd-diputados-reaccion-min-salud.html>

GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2009a). *Medicamentos: La Multisectorial*. Recuperado 21 de mayo de 2013. <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2009/08/medicamentos-entrevista-dr-manzur.html>

GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2009b). *Medicamentos: El efecto murciélagos*. Recuperado 21 de mayo de 2013. <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2009/08/el-efecto-murcielago-ministro-manzur.html>

González García, G. (2005). *Medicamentos: salud, política y economía*. Ediciones ISALUD. Buenos Aires.

Isturiz, M. (2011). La producción estatal de medicamentos en la Argentina. Recuperado 21 de mayo de 2013. En *Revista Voces en el Fénix: En estado crítico*. No. 7, Buenos Aires. <http://www.vocesenelfenix.com/category/ediciones/n%C2%BA-7>.

OMS (2001). Como desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Segunda Edición. Ginebra.

OPS (2007). Los Medicamentos Esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos. 1° Edición. Recuperado 21 de mayo de 2013. http://www.paho.org/default_spa.htm

Pozo, L. (2012). BID y Participación Comunitaria. Un acercamiento a esta relación en el campo de la salud. Tesina de Especialización no publicada. FSOC. UBA. Buenos Aires.

Rachid, J. (2009). La perversión del medicamento. Nación & Salud, el periódico online del sector salud. Manuscrito no publicado en papel. Recuperado el 12 de Agosto de 2013 en el sitio web: <http://nacionysalud.com/node/1068>

Remediar (2012). Resumen de resultado. Recuperado el 12 de Agosto de 2013 en el sitio web: http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=824

Remediar (2010). Boletines Remediar. Recuperado el 12 de Agosto de 2013 en el sitio web: http://www.remediar.gov.ar/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=31&Itemid=35

Remediar (2008). Gestión y Resultados de un modelo innovador en APS. Recuperado el 12 de Agosto de 2013 en el sitio web: http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf

Tobar, F. (2010). *Políticas para Promoción del Acceso de Medicamentos. El caso del Programa Remediar de Argentina*. Isalud. Buenos Aires

Touloupas, C. (2009). Política de Medicamentos. Un escenario de oportunidades perdidas. Cuadernos para la Emancipación. Salud y Educación (7, 5-15). Córdoba.