

## **POLÍTICAS DE SALUD: MERCANTILIZACIÓN Y RESISTENCIA**

**Area de Salud del Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A.  
Instituto de Investigaciones Pedagógicas “Marina Vilte” de la C.T.E.R.A.**

**Setiembre de 2002**

La dictadura militar de 1976 abre un proceso en Argentina que implanta las mayores transformaciones sociales de la segunda mitad del siglo XX, de la mano de las concepciones neoliberales vigentes en la globalización contemporánea, que determinan la concentración económica, financiera y tecnológica de las empresas transnacionales, la pérdida de poder de los estados nacionales, la profunda regresión en la distribución del ingreso, el deterioro de las condiciones de vida y de trabajo de la población, y la creciente pauperización y exclusión social de las mayorías.

Se toma como paradigma el Consenso de Washington, culpabilizando al Estado Benefactor del estancamiento económico (“la década perdida de los ochenta”), del déficit fiscal, de la ineficiencia de los servicios públicos. Se avanza en la aplicación obediente de las recetas propuestas, como las “únicas salidas posibles”, con el consiguiente achicamiento del Estado, el ingreso de capitales transnacionales, la privatización de los servicios públicos, el enorme aumento del endeudamiento externo, privilegiando la valorización financiera respecto de la productiva<sup>1</sup>.

En un contexto de profundización de la desigual distribución del ingreso, y un aumento progresivo del desempleo, el Estado se retira paulatinamente de su rol de garante de los derechos sociales básicos, delegando su capacidad regulatoria en el “libre mercado”, y responsabilizando a los individuos por su “capacidad” para insertarse laboralmente, acceder a la salud, educación y seguridad social.

Al mismo tiempo, el acceso a bienes sociales imprescindibles como salud, educación, seguridad social, que habían sido conquistados como derechos a partir de las luchas de los trabajadores, comienza a ser cuestionado y progresivamente transformados en mercancías.

Los organismos multilaterales de crédito (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional y Banco Interamericano de Desarrollo) -con la complicidad de los gobiernos de turno - intervienen en el diseño y la ejecución de las reformas políticas de salud y educación nacionales y regionales, facilitando el ingreso del capital transnacional en esas áreas. Responden de esta manera a los requerimientos de la etapa actual del capitalismo, que procura nuevos campos de acumulación, como pretende legalizarse a través de las políticas que impulsan la Organización Mundial del Comercio y el Area de Libre Comercio para las Américas.

Sin embargo, estos procesos de reforma no han podido implementarse tal como fueron diseñados debido a la resistencia de los trabajadores y organizaciones sociales. Estos modos de lucha incluyen momentos defensivos sobre territorios en disputa y construcción de nuevos posicionamientos y propuestas que articulan diversos sectores de la sociedad.

El pensamiento “único” de los '90 va perdiendo consenso y se reactualizan debates en el seno de la sociedad en torno a temas como “lo público”, el rol del Estado, política y

---

<sup>1</sup> Lozano, Claudio (2001) “Del 76 al modleo neoliberal: La represión necesaria”, en “25 años después”, publicación Milenio número 5, Norma Fernandez

gestión, la democracia representativa y la creciente autonomía de los colectivos sociales y la interrelación regional con Latinoamérica.

La Central de Trabajadores Argentinos, mayoritariamente integrada por aquellos sindicatos de trabajadores del Estado y agrupaciones que resistieron las reformas desde el inicio, se constituye en este período como un actor social que defiende la concepción de trabajador superando criterios exclusivamente corporativos y ligados al empleo. Incluye en su interior a trabajadores desocupados, organizaciones territoriales y movimientos sociales, y articula propuestas alternativas con otros sectores del campo popular. Desde sus institutos de estudio desarrolla investigaciones y análisis que sirven como herramientas para la construcción colectiva.

La disputa entre procesos de mercantilización de la vida y formas de resistencia y construcción de alternativas, está presente en todos los espacios sectoriales y en el conjunto de la sociedad, con diferentes grados de consenso y articulación.

En el terreno de la salud, el proceso de reforma adopta en nuestro país diversas máscaras, que conducen a un mismo resultado: la restricción del acceso a la atención de la enfermedad de acuerdo a la capacidad de pago de los individuos, restringiendo las políticas de prevención y promoción en salud.

Por un lado, se acota cada vez más el concepto de salud a la asistencia de las enfermedades y dentro de la asistencia se privilegia como instrumento para la definición de prioridades, la redituabilidad en términos costo-beneficio, que en muchas oportunidades no coincide con las necesidades del sujeto/paciente.

En ese contexto, se introduce una fragmentación en el concepto de salud del trabajador, produciendo una división artificial entre aquellas situaciones de salud/enfermedad que derivan exclusivamente de sus condiciones de trabajo y aquellas que puedan estar determinadas por motivos independientes de dicha situación. La arbitrariedad con la que se definen unas u otras - pensemos por ejemplo en problemas relacionados con salud mental - amplía el campo de acción para el ingreso de capitales financieros que conforman las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo.

El ingreso del capital financiero al sector de la seguridad social médica, lo hace en forma indirecta, captando y gerenciando a través de entidades de medicina pre-paga los aportes de los trabajadores con mayores salarios. Esta situación conocida como “descreme”, en conjunto con la precarización del empleo, el empleo informal, la reducción y evasión de los aportes, ha agudizado el déficit de las obras sociales, al mismo tiempo que quiebra el principio solidario que les da sustento: los trabajadores aportan según su salario, y reciben atención según sus necesidades.

La reforma también alcanza al sector estatal, impulsando - entre otros - procesos de descentralización y autogestión de los hospitales públicos, que bajo el pretexto de mejorar la eficiencia de la gestión, implementaron un progresivo desfinanciamiento de dichas instituciones.

El capital financiero también se manifiesta preocupado por la creciente población “pobre e indigente” en nuestro país, para la cual tienen sus propias propuestas. Es así como van tomando fuerza distintas experiencias y proyectos de seguros de salud para este sector de la población, que permitirían a las entidades financieras captar los recursos que el Estado hoy destina a los servicios estatales y brindar una “cobertura mínima”, sumamente insuficiente, a través de un mix público-privado.

Los tres sub-sectores del sistema de salud de nuestro país, están atravesados por políticas que pueden considerarse transversales, aunque adquieren diferentes particularidades en cada espacio. Uno de los ejemplos más importantes es la política de medicamentos, que será analizado en uno de los trabajos que acompañan esta presentación. Otro de los ejes que se está imponiendo en forma progresiva y que es paradigmático de la actual reforma del sistema de salud, es la estrategia de atención gerenciada<sup>2</sup>. Esta transformación apunta a uno de los espacios claves del proceso salud/enfermedad/atención: la subordinación de las decisiones clínicas a las decisiones administrativo-financieras. A través de diferentes instrumentos, con mayor pretensión científica o con carácter claramente coercitivo, acotan el espacio de autonomía del trabajador de salud, en especial del médico, a intereses muchas veces contradictorios con las necesidades del paciente.

El negocio de la enfermedad ha privilegiado distintos socios según el momento histórico. En este contexto, el capital financiero despliega hoy múltiples estrategias para incrementar su participación en el “mercado de la salud”.

Sin embargo, tanto en nuestro país como en otros países de Latinoamérica y del mundo se multiplican y fortalecen viejas y nuevas formas de resistencia. Un posicionamiento ético y una realidad acuciante nos pone en situación de protagonistas de la urgencia social más grave que atravesamos tres generaciones en convivencia.

El Area de Salud del Instituto de Estudios y Formación de la Central de Trabajadores Argentinos y el Instituto de Investigaciones Pedagógicas “ Marina Vilte” de la Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina, traen a esta reunión la propuesta de algunos de sus proyectos en marcha:

- **La situación de la infancia y adolescencia como urgencia:** En la articulación entre derecho y equidad procuramos incorporar algunas de las determinaciones del proceso salud/enfermedad/atención, priorizando la distribución de los riesgos y el acceso a la atención.
- **Políticas de medicamentos:** Se analizan algunos de los diferentes abordajes y distorsiones que más frecuentemente se presentan en este campo, planteando una propuesta para uso racional de medicamentos.
- **Política de salud en la escuela:** Una propuesta que trata de superar desde los protagonistas (docentes, alumnos y comunidad) con formas de control social directo, la fragmentación burocrática y la desresponsabilización del Estado de la promoción de la salud y la asistencia sanitaria en la escuela pública. La elaboración de un Código de Salud en la Escuela para las Américas avanza desde hace tres años con un proyecto de investigación que desarrollan los sindicatos docentes que participan en la red SEPA.

---

<sup>2</sup> Irirart, Celia; Faraone, Silvia y Waitzkin, Howard (1999) “Atención gerenciada: la reforma silenciosa”; Revista Salud Problema de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

## LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA INFANCIA COMO URGENCIA

Virginia López Casariego, Alejandra Barcala.  
Area de Salud del Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A.

Setiembre de 2002.

### Introducción

El trabajo que aquí presentamos procura ser uno de los muchos aportes que desde la investigación, la docencia y las prácticas cotidianas se están produciendo para mejorar la actual situación de salud de la infancia en nuestro país. Consideramos que para instalar esta situación como prioridad en la agenda del Estado y del conjunto de la sociedad, será necesario que los actores sociales comprometidos con esta problemática encontremos momentos y formas de construcción que articulen y respeten lo complejo y lo urgente.

Desde el área de salud del Instituto de Estudios y Formación de la CTA explicitamos el posicionamiento desde el cual se plantea este trabajo:

- La situación de salud de la infancia y adolescencia es paradigmática de las desigualdades que se han profundizado en los últimos 26 años en nuestro país.
- La necesidad de transformar esta situación es urgente.
- Esta transformación es necesaria y posible.

Las dos categorías de análisis que hemos tomado como ejes de este trabajo, son la urgencia y la equidad. Elegimos estas dos categorías, porque son algunas de las formas de articular procesos macro y micropolíticos e interrogar la mutua dependencia entre lo sectorial y lo social en salud.

### **Por qué la urgencia**

Por un lado permite sumar la noción de gravedad en la situación de salud, que corresponde a la idea de riesgo vital, tanto en lo inmediato como por sus consecuencias en el futuro próximo, a la caracterización como emergencia de dicha situación, es decir al tiempo requerido de reacción en la coyuntura.

Por otro lado, la urgencia remite a una fuerte imbricación de tiempos técnicos y políticos. Mientras que los primeros refieren a una lógica de análisis y programación para lograr cierto objetivo, los tiempos políticos son los tiempos de la conciencia social, es decir aquellos en los que se construye viabilidad para la propuesta. (Testa, 1995)

**Marchemos, que se nos muere la vida**, convocan uno y otro año el Movimiento de los Chicos del Pueblo y sus coordinadores Alberto Morlachetti y el Padre Carlos Cajade, haciendo propia la construcción de un tiempo que los reconozca en su derecho a la vida y a la alegría compartida (Morlachetti, 2000). No hablan de plazos, sino de habitar el presente como el tiempo exacto para diseñar la tierra y el cielo que queremos.

### **Por qué la equidad**

La ortodoxia neoliberal en América Latina, ha generado un acelerado proceso de diferenciación que incrementa el dinamismo de la sociedad en el sentido de acentuar las

desigualdades sociales y agudizado los fenómenos de disgregación y fragmentación. (Lechner, 1999).

A comienzos de la década de los 90 América Latina en su conjunto continuaba siendo la región con mayor desigualdad en el ingreso del mundo.

La Argentina parece ser un ejemplo extremo, donde se incrementó el porcentaje de pobres sobre la población total del país. En la década del 70 el 5 % de los hogares eran pobres, en los 80 subió al 12 %, a partir de 1998 se incrementa notablemente superando el 30 % y en 2002 llega al 51%. (SIEMPRO, 2002).

La situación social actual no puede pensarse como un efecto no deseado del modelo vigente, ni como una distorsión que involucra exclusivamente la corrupción de los sistemas institucionales en el mundo subdesarrollado, mientras que desde los sectores dominantes se sigue proponiendo dualismo social más beneficencia como forma de recuperar legitimidad política. (Lozano, 2000)

Al impulso de dichas políticas neoliberales se instalaron profundos cambios en la sociedad argentina en todos los niveles de la vida colectiva. En lo que hace al sector salud se propició un cambio radical de la concepción de salud, la que dejó de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado era responsable para transformarse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir (Iriart, Leone, Testa, 1995)

### **La situación de salud de la infancia**

Si bien la infancia es una sola, hoy nuestro país parece poblado de una multiplicidad de infancias donde se observa cierta vulnerabilidad según el lugar que habiten, el género y clase social.

### **Desde una perspectiva social**

Los niños/as constituyen uno de los grupos de más alta vulnerabilidad a los procesos de ajuste económico. La crisis ha tenido un impacto diferencial en la infancia y adolescencia, ya que se observan más niños/as pobres que hogares pobres.

En mayo de 2002, el 51,4 % de la población tenía ingresos que estaban por debajo de la línea de pobreza y el 21,9% se encontraba en situación de indigencia. Al mismo tiempo, el 66,6% de los menores de 18 años son pobres. Se trata de un país donde la mayor parte de los pobres son niños/as y donde la mayoría de los niños/as son pobres. (Lozano, 2002)

Dentro de los indicadores de salud tradicionales, la evolución y las diferencias en la tasa de mortalidad infantil permiten algunas lecturas de esta situación. La tasa de mortalidad infantil es un indicador epidemiológico complejo, altamente sensible con relación a la situación socioeconómica de la familia y en menor lugar, a la utilización de los servicios de salud.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1.000 recién nacidos vivos) es uno de los parámetros de evaluación del PNUD de ONU y UNICEF. En esta evaluación se consideran no sólo los valores registrados en determinado año para cada país, sino muy especialmente el ritmo de descenso de la misma. En este sentido, se comparan tanto con

relación al desarrollo en términos económicos (PBI/ per cápita), como con relación a otros países en similar situación socioeconómica, y/o del mismo continente.

La tasa de mortalidad infantil para menores de 5 años en Argentina está lejos de la que presentan los países desarrollados, pero también ha disminuido su ritmo de descenso con relación a otros países en desarrollo. El ritmo de descenso para nuestro país, entre 1960 y 1999 es significativamente inferior al de otros países latinoamericanos, incluso aquellos que para 1960 tenían tasas similares o inferiores a la nuestra. (PNUD, 1998; UNICEF, 2001).

Para el año 2000, tanto la tasa de mortalidad infantil de menores de 5 años como la de 0 a 1 año, muestran diferencias significativas que reproducen y refuerzan la inequidad previa en relación a la situación socioeconómica de los niños/as que viven en las diferentes provincias. Así las provincias del NOA (Salta, Jujuy, Santiago del Estero) y del NEA (Misiones, Formosa, Chaco) que presentan una mayor incidencia de niños/as y adolescentes pobres, tienen tasas de mortalidad infantil que casi duplican las correspondientes al promedio del país (Ministerio de Salud, 2000)

Un relevamiento del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil, ONG consultora de la Organización Mundial de la Salud, apunta que en el año 2001 la desnutrición afectaba entre el 11 y el 17 % de la población infantil de nuestro país, con mayor incidencia en las regiones del NOA y del NEA (CESNI, 2001). No obstante proyectan que como consecuencia del último coletazo de la crisis la desnutrición infantil estaría superando el 20 %. Hoy uno de cada cinco niños en la Argentina padece de desnutrición.

Esta situación de inequidad se reproduce también al interior de algunas jurisdicciones, como es el caso de la ciudad de Buenos Aires, donde existe un proceso creciente de dualización de la ciudad: una concentración de la riqueza en el cordón norte y un crecimiento asimétrico de la población NBI con una acumulación de la pobreza en el cordón sur. (Lopez, A., 1999)

Para el período 1990-1999, la tasa de mortalidad infantil es significativamente superior para los niños/as menores de un año nacidos en los barrios del cordón sur<sup>3</sup> de la Capital Federal, que para aquellos nacidos en los barrios del cordón centro y norte de la misma ciudad. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil considerando criterios de evitabilidad<sup>4</sup>, presenta un descenso para el conjunto de la población de la ciudad entre los años 1990 y 2000, mientras que se produce un estancamiento en dicho ritmo de descenso a partir del año 1995 para la población del cordón sur de la ciudad. (Barcala, López Casariego, Czerniecki, Scavino, Stolkiner, 2002)

Ampliar esta lectura a otras jurisdicciones del país, puede revelar otras situaciones en que la profundización de la inequidad al interior de una provincia o región queda encubierta por promedios, que no dan cuenta de la situación de salud y de condiciones de vida de sus habitantes.

---

<sup>3</sup> Tomamos como referencia los estudios de Artemio López, en los que, subdivide la ciudad de Buenos Aires en tres cordones, agrupando la población de las circunscripciones electorales considerando indicadores socioeconómicos, tales como el porcentaje de población con N.B.I. (1999)

<sup>4</sup> Se incluyen como criterios de reducibilidad las defunciones cuya frecuencia podría disminuirse en función de la aplicación del conocimiento científico actual y por distintas acciones desarrolladas fundamentalmente a través de los servicios de salud.

La información disponible, confirmaría la vulnerabilidad de la situación de salud de los niños/as en relación a la inequidad en la distribución del ingreso. Asimismo podría inferirse que las repuestas que están ofreciendo los servicios de salud no son suficientes para modificar dicha situación.

Al mismo tiempo, y a partir de estas profundas transformaciones sociales, que incluyen procesos de desintegración social, desigualdad e inequidad, aparecen nuevas problemáticas referentes a la situación de salud de la infancia.

Hoy existen "Niños/as, niñas y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles" (UNICEF, 2000). Los niños/as y niñas de la calle, los trabajadores, los institucionalizados y supuestamente "abandonados o sin hogar" son en principio niños/as/niñas temporalmente o definitivamente privados de derechos fundantes de la condición de niño, esto es: derecho a ser protegidos y provistos en sus necesidades por su propia familia y el derecho a que la escuela sea su actividad principal, además del juego y la recreación.

Se agregan niños/as con niveles altos de sufrimiento, con trastornos psíquicos severos, sometidos a situaciones de violencia cotidiana, al maltrato familiar, al abuso sexual, a la discriminación, a la exclusión, agudizados por el tema de la pobreza. Citando sólo algunas cifras, que no pueden dimensionar el dolor de cada sujeto singular, en 1999 veintiséis mil niños/as y adolescentes se hallaban institucionalizados en organismos públicos y privados, veinticuatro mil niños/as deambulaban en las calles y seis mil vivían en ellas, con vínculos familiares débiles o sin ellos. La inserción temprana en el mercado de trabajo de una gran cantidad de niños/as (200.000 entre los 10 y 14 años) afectaba su permanencia en el sistema escolar. (UNICEF, 2000). Es probable que con la profundización de la crisis, esta situación sea aún más acuciante.

Desde otra perspectiva, la violencia contra los niños/as y los jóvenes también puede leerse como parte de un proceso en el que operan relaciones de continuidad y discontinuidad con el genocidio de la última dictadura militar. Hay una continuidad que se expresa en el aniquilamiento subjetivo e incluso de la vida misma de los jóvenes institucionalizados, eufemismo que encubre el encarcelamiento de los niños/as y adolescentes. También se puede leer como señales de discontinuidad, de ruptura, el asesinato de Maximiliano Kosteki y Darío Santillán, perseguidos y ejecutados por su condición de militantes del campo popular. (Efrom, 2002)

### **Desde una perspectiva subjetiva:**

La sociedad actual ha potenciado en grandes franjas de la población crecientes fragilidades subjetivas.

Cuando el Estado deja de satisfacer ciertas demandas de reconocimiento e integración simbólica, se acentúan las desigualdades sociales, se fomenta la exclusión y se generalizan las tendencias de desintegración. Estas dos caras del proceso producen incertidumbre y sentimiento de desamparo (Lechner, 1997). Frente a la desaparición de las funciones del Estado que garanticen las condiciones mínimas de subsistencia, se reactualizan sentimientos de desvalimiento propios de la infancia, dando lugar a lo más profundo de las angustias: se trata de una sensación de des/auxilio, de des/ayuda de sentir que el Otro del cual dependen los cuidados básicos no responde al llamado y deja al sujeto sometido no sólo al terror, sino también a la desolación profunda de nos ser oído y ayudado (Bleichmar, 2002).

En este contexto, las familias constituyen estructuras desarticuladas por procesos traumáticos, donde el creciente desempleo y la desafiliación de los sujetos son el marco en el cual los niños/as y adolescentes deben constituir su propia subjetividad.

Por otra parte la salud de los niños/as es un proceso donde el cuidado de los adultos, la presencia del Otro, del semejante, resulta fundamental en esta etapa del desarrollo en la que se despliega el proceso de subjetivación.

En base a lo explicitado, las desfavorables condiciones socioeconómicas se agravan cuando se trata de niños/as, ya que a ellas se agrega el desamparo intrínseco del infante. La exclusión de los niños/as y adolescentes de espacios sociales y su posibilidad de subjetivación comprometen sus posibilidades futuras. Desalojando a los niños/as y adolescentes de la escuela e incluso de su hogar, anclajes de lo subjetivo y posibilitadores de la socialización, se traslada la problemática de la exclusión social a la juventud y a los adultos.

### **Desde una perspectiva institucional :**

La creciente vulnerabilidad social de las familias, conjuga la ausencia o precariedad del trabajo con la fragilidad de los soportes sociales como salud y educación, empujando a una creciente desafiliación de los hogares en los cuales crecen los niños/as y adolescentes en situación de pobreza (Castel, 1997).

En lo que respecta a los servicios de salud, las políticas que se están implementando tienen la misma orientación que aquellas que han producido una brutal desigualdad en la distribución del ingreso. Es decir, asegurar al capital financiero nuevos espacios de acumulación de ganancias, a partir de subordinar las políticas de salud a la lógica directa del mercado. Se produce una deconstrucción de la condición de ciudadano como sujeto de derecho, entre ellos el derecho a la salud, para transformarlo en consumidor/cliente con acceso a la salud como mercancía, de acuerdo a su poder adquisitivo. (Hourest, 1999).

En nuestro país, esta reforma se está operando desde hace más de 10 años, en forma gradual, operando a través de regulaciones y cambios específicos tanto en la medicina privada, como en la seguridad social y en el sector estatal. Esta implementación que fue penetrando silenciosamente los distintos subsectores, fragmentó la resistencia de los trabajadores del sector, que aparecía frecuentemente acotada a reivindicaciones exclusivamente corporativas y otros actores sociales comprometidos con la salud. (Iriart, Faraone, Waitzkin, 1999)

La falta de cobertura de la seguridad social médica afecta en mayor medida a los niños/as. En nuestro país, el 45% de los niños/as menores de 4 años y el 41% de niños/as de 5 a 4 años no tienen acceso a dicha cobertura en salud, que depende de la inserción en el mercado formal de trabajo del jefe de hogar. (Lopez, A., 1999).

A pesar que los servicios estatales de salud (hospitales públicos, centros de salud, otras instituciones) ofrecen atención en salud al conjunto de la población, con diferente grado de reconocimiento en cuanto a la calidad de las prestaciones según la institución involucrada, la demanda más frecuente es de familias que no tienen cobertura de la seguridad social médica.

Sin embargo, la dificultad en el acceso a la atención es especialmente crítica para los niños/as que presentan enfermedades crónicas, que requieren estudios y tratamientos con medicamentos o tecnología de alto costo, o padecen algún tipo de discapacidad.

Esto debe correlacionarse con el desfinanciamiento sistemático de las instituciones estatales a partir de la implementación de políticas de descentralización y posteriormente de autogestión de los hospitales públicos. Asimismo se han ido desfinanciando los programas nacionales que atendían a población con mayor vulnerabilidad en términos de procesos salud/enfermedad/atención.

Al interior de la seguridad social, continúa la estratificación del sistema, si se agrupan las obras sociales de acuerdo al ingreso mensual por beneficiario. Si bien las diferencias que triplican el ingreso entre unas obras sociales y otras procura ser atenuada por el fondo de redistribución, cuando se evalúan indicadores prestacionales (en consultas, internaciones), se constatan diferencias significativas en el acceso a prestaciones. (Belmartino, 2001)

La mayoría de las políticas gubernamentales para la niñez se limitan a una incorporación formal y acotada de los lineamientos de la *Convención de los Derechos del Niño*, marco jurídico que desde 1990 se incorporó al derecho interno a través de la ley 23.849 y en de 1994 a la Constitución Nacional.

En muchos casos, la intervención del Estado en relación a niños/as y adolescentes está regulada por un marco ajeno a la Convención, judicializando problemas que derivan de la pobreza en las que viven las familias. De esta manera, las intervenciones violan el derecho de los niños/as a permanecer en su familia ya sea a través de la internación o colocación de niños/as en familias sustitutas. (UNICEF, 2000)

### Algunas reflexiones para continuar trabajando:

- La categorización del niño como sujeto de derecho incluye una dimensión ética. En tanto la salud forma parte de los derechos humanos, se constituye en una responsabilidad colectiva.
- Si asumimos la inequidad en la distribución del ingreso como de uno de los determinantes de la situación de salud de los niños/as y adolescentes, es imperativo la implementación de políticas redistributivas. (Frente Nacional contra la Pobreza, 2001)
- Tan sólo como ejemplo, Argentina consume valores equivalentes a los necesarios para que 128 millones de personas estén por encima de la línea de pobreza. Redistribuyendo el 2,5 % del consumo total de los hogares no habría indigencia en la Argentina. Redistribuyendo el 14,8% del consumo total de los hogares no habría pobres en nuestro país. (Lozano, 2002)
- Las políticas de salud para la infancia y adolescencia deben ser consideradas doblemente prioritarios, ya que no sólo promueven el desarrollo del niño favoreciendo los procesos de subjetivación social e individual, sino que contribuyen a preservar la salud en etapas futuras de la vida.
- La democratización como criterio de construcción de estrategias políticas y sociales (gubernamentales o no) es el único camino que permite fijar condiciones para que la disputa del orden económico y social tenga como resultado el logro de mayor equidad (Lozano, 2000)
- **El modo en que como sociedad, escuchemos y abordemos la crítica situación de salud de los/as niños/as/as y adolescentes, recuperando y generando nuevas formas de resistencia, será uno de los pilares que definirá el modelo de país que somos capaces de construir.**

### Bibliografía:

- Barcala, Alejandra; Lopez Casariego, Virginia; Czerniecki, Silvina; Scavino, Carolina, Stolkiner, Alicia (2002): "Notas sobre inequidades en salud de los niños/as de la Ciudad de Buenos Aires y estrategias familiares de cuidado", en Revista Ensayos y Experiencias, ediciones Novedades educativas, Argentina.
- Belmartino, S.; Levin, S y Repetto, F. (2001): "Políticas sociales y derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso", en Revista Socialis, volumen 5, Rosario, Argentina.
- Belmartino, Susana (2001): "Obras sociales, el engañoso consuelo de los promedios", en Cuadernos Médico Sociales N° 79, Rosario, Argentina.
- Bleichmar, Silvia (2002): *Dolor país*, Libros del Zorzal, Buenos Aires, Argentina.

- Castel, Robert (1997): La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado. Paidós. Estado y Sociedad. Buenos Aires.
- 
- Efrom, Rubén (2002), informe de situación en el Taller de infancia y salud del Foro Social Mundial – Foro Temático en Argentina, convocado por el Area de Salud del Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A., Argentina.
- Frente Nacional contra la Pobreza (2001) “Transformar la crisis en oportunidad: Shock redistributivo y profundización democrática”, Argentina.
- Hourest, Martín (1999): “Relación entre salud y los organismos multilaterales de crédito”, Boletín N° 2, Area de Salud del Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A., Argentina.
- Iriart, Celia; Leone, Francisco; Testa, Mario (1995) “Las políticas de salud en el marco del ajuste”, Cuadernos Médico Sociales N° 75, Rosario, Argentina.
- Iriart, Celia; Faraone, Silvia y Waitzkin, Howard (1999) “Atención gerenciada: la reforma silenciosa”; Revista Salud Problema de la Maestría de Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.
- Lecner, Norbert (1997): Tres formas de Coordinación social. Un esquema". En: Revista de la CEPAL N°61 Naciones Unidas.
- Lechner, Norbert (1999): Desafíos de un Desarrollo Humano: individuación y capital Social.
- Lopez, Artemio, (1999): "Niñez y pobreza en la Ciudad de Buenos Aires". Consultora Equis, Buenos Aires, Argentina.
- Lozano, Claudio (2000) “*Democracia, Estado y Desigualdad, ¿Ajuste o Democracia?*”, Segundo Encuentro Nacional por un Nuevo Pensamiento, editorial Eudeba, Argentina.
- Lozano, Claudio (2002) “Argentina: una comunidad en riesgo. Infancia, adolescencia y juventud en mayo de 2002”, Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A. Buenos Aires, Argentina.
- Lozano, Claudio (2002) “Catástrofe social en Argentina. La situación a junio de 2002”, Instituto de Estudios y Formación de la C.T.A. Buenos Aires, Argentina.
- Morlchetti, Alberto (2000), Publicación “Pibes, una idea de libertad”, Talleres Gráficos Manchita, Argentina.
- Programa de Estadísticas Vitales (2000), Ministerio de Salud, Argentina.
- Testa, Mario (1995): *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso de salud*, Lugar Editorial Buenos Aires, Argentina.
- UNICEF (2000): "Niños/as, niñas y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles"
- UNICEF (2001) Estado Mundial de la Infancia.

## HACIA UNA POLITICA RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Dr. Horacio Barri  
Area Salud del Instituto de Estudios y Formación de la CTA

Septiembre de 2002

### Remedios

Pensar en medicamentos no es sólo pensar en drogas. Es también pensar en los otros remedios a los que la humanidad ha recurrido con tan buenos resultados a lo largo de toda su historia, y que los medicamentos han opacado de manera no casual. Es también pensar en por qué ha ocurrido esto; en síntesis es pensar en el proceso salud/enfermedad .

Remedio es todo aquello que previene, alivia o cura un dolor o enfermedad. O sea, modifica favorablemente el curso natural de las enfermedades.

Para el modelo médico vigente, el medicamento aparece casi como el único remedio, o el principal. Sin embargo, no siempre fue así ni debería serlo, pues su lugar es secundario y ocupa el final de una larga lista de remedios, que para el Dr. Amílcar Gigante de la Universidad de Pelotas (Brasil), en su libro "O qué e o remedio" estaría integrada entre otros por:

- el tiempo (un resfriado con tratamiento se cura en 7 días, sin tratamiento en una semana. Con muchas virosis ocurre lo mismo: las comunes de la infancia, la hepatitis A, etc.)
- hablar... y ser escuchado (una úlcera perforada con hemorragia digestiva llevó a un paciente a riesgo de muerte, con cuatro meses de internación -la mayoría en terapia- y sucesivas intervenciones quirúrgicas, todo lo cual le costó a la Obra Social, y en parte al propio paciente, cerca de medio millón de dólares. Probablemente, si hubiera usado de este remedio al comienzo de sus síntomas no hubiera existido la úlcera)
- escuchar...y tranquilizarse
- cambio de hábitos nocivos (¿cuántos cánceres de pulmón se evitarían dejando de fumar?)
- dietas (¿cuántos problemas graves cardíacos se evitan con un cambio de dieta ?)
- fisioterapia
- psicoterapia
- cirugías
- placebos (medicamentos sin drogas que sirven para que la gente se apoye en ellos como en un bastón, por aquello de la "magia" que acompaña a estos elementos con tanta carga simbólica)
- medicamentos
- etc.

A estos remedios se le deben sumar los "estructurales": trabajo, alimentación (son exhaustivos los trabajos que a este respecto a realizado el médico sanitarista y sociólogo José Carlos Escudero que demuestran que con menos del 1% de lo que se gasta en medicamentos se puede erradicar la desnutrición en la República Argentina, desnutrición que por otra parte está en la génesis de muchísimas enfermedades para los que se utilizan esos mismos medicamentos, cerrando así un círculo perverso),

educación, etc. Todos ellos funcionan como "vacunas" contra las enfermedades. Las úlceras, diarreas, dermatitis, hipertensiones arteriales, anginas de pecho y hasta infartos de un desocupado, seguramente no ocurrirían de tener trabajo estable. Y sería interesante además estudiar cuántos medicamentos menos (en especial aquellos para la memoria y vasodilatadores cerebrales, de irrelevantes efectos, o los diversos psicofármacos que esconden angustia y soledad) tomarán ahora los jubilados que se agruparon en el proyecto de cuidar en granjas a chicos abandonados, o los que se juntan en los centros de la tercera edad a pelear por sus derechos.

Las defensas del organismo (o inmunidad) que se pierden si se está desnutrido o en otras situaciones de inmunodeficiencia, son absolutamente más esenciales para la salud que cualquier remedio. Tanto es así que una infección que incluso sin tratamiento de antibióticos puede curarse en una persona con sus defensas intactas, puede matar a otra con sus defensas bajas aunque reciba tratamiento medicamentoso.

## **Medicamentos**

Es una sustancia o droga -en pocos casos combinación de ellas- empleada con fines de remedio. Sin embargo, un mercado perverso presenta muchísimas combinaciones irracionales, de las cuales poquísimas tienen eficacia y racionalidad terapéutica. El veneno sería lo contrario al remedio, porque es lo que altera o destruye funciones vitales. Sin embargo, la misma droga puede pasar de una categoría a otra según la dosis utilizada, siendo a veces la diferencia muy pequeña. También, la vía de introducción al organismo, y las características de la persona que lo recibe determinan que actúe de una u otra manera.

Como planteó sobre el tema el Dr. Gianni Tognoni, experto y consultor de la OMS:

"...Cuando uno se refiere al campo de la salud y en un área como la de los medicamentos, conviene situarse en que el medicamento es antes que un bien de mercado un instrumento para producir salud, y así debe ser considerado: como un bien social.

En un proyecto de Medicamentos lo importante es el concepto que los defina: deben ser solamente los que sirven para solucionar los problemas de salud de la mayoría. Sin embargo, como constatamos que todos los indicadores de salud señalan que la salud de las mayorías no está mejorando, pues se relacionan directamente con los indicadores económicos; debemos replantearnos una mirada integral que nos permita lograr mejorías en este contexto y con las limitaciones con que nos toca actuar, si tenemos el deseo o por lo menos el objetivo de ser protagonistas activos en la mejoría de los servicios -y en el aumento de las posibilidades de acceder a los mismos- que se brindan.

Siguiendo con esta línea de razonamiento, como el medicamento es una variable dependiente de la población, debemos reconocer que sólo cumple su función si se tiene la capacidad y la posibilidad de detectar qué poblaciones necesitan ese medicamento y arbitrar las condiciones para que accedan a él y pueda producir sus efectos.

A pesar de la imagen de omnipotencia de la medicina, nos damos cuenta de que el médico detenta cada vez menos poder, y que depende de las promesas de los Laboratorios que le dicen: tengo aquí algo nuevo que puede expandir sus capacidades de solucionar el problema.

Cuando hacemos el análisis de lo que sucede efectivamente, es necesario reconocer que el medicamento es un indicador no solamente del gran poder de la medicina sino también de los límites de su poder. Cultural y prácticamente esto es muy importante para entender que si se acepta el concepto de que siempre hay un límite en el desarrollo del conocimiento, hay que reconocer la necesidad de seleccionar aquellos medicamentos que tienen la posibilidad real de cambiar el curso de las

enfermedades de aquellos que no pueden hacerlo, o que son sólo repeticiones caras de aquellos otros.

El problema de la eficacia del medicamento es esencial, se debe certificar si modifica realmente la enfermedad, previniéndola en el caso de las vacunas, o previniendo riesgos como con el tratamiento de la hipertensión por ej., de tal manera que puedan modificar la calidad de vida. La manera de comprobarlo es medir esa eficacia, porque si no corremos el riesgo de que alguien nos afirme eso y nosotros le creamos, al aparecer una serie de efectos que, sin embargo, pueden ser producidos por la historia natural de la enfermedad, por otras acciones del médico, etc. En la historia de la medicina tenemos varios ejemplos de ineficacia absoluta, sostenida su venta sin embargo durante mucho tiempo, por nuestra negligencia o impericia...”

El medicamento es la síntesis del modelo médico, y a su vez del modelo socioeconómico y cultural que lo contiene, el que a su vez necesita que así sea, para poder demostrar que este producto crucial del complejo médico-industrial es una panacea/mercancía. Y por lo tanto, que sólo las mercancías pueden alimentar, cubrir, hospedar, educar, curar. El neoliberalismo no ha temido sincerar su discurso, y decir que todo se puede comprar y vender, incluso derechos humanos básicos como salud y educación.

Ese "logro" del modelo -medicamentarizar la vida- es también su debilidad: concentra demasiado. Por eso, cuando lo ponemos en duda ponemos en duda todo el modelo. Gráficamente, ocupa a nuestro entender el punto clave de la resistencia de los edificios: el lugar donde se deben colocar los explosivos para demolerlo.

Si estas certezas que vamos adquiriendo quedan limitadas al ámbito de lo técnico las posibilidades de transformación son muy pocas. Si en cambio es la comunidad la que rescata el valor relativo del medicamento y a su vez revalora los "remedios estructurales" como alimentación adecuada, trabajo digno, educación, vivienda, etc. -además de conversar sus problemas y cambiar de hábitos nocivos entre otras cosas- lo que descubre en cadena es que tiene derecho a dialogar con el saber hegemónico, a rescatar su autonomía. Y también comprende que como individuo aislado no se logra nada, por lo que actuar socialmente contribuye a la reconformación de las grupalidades humanas deshechas, de tanto valor en salud.

Decíamos al comienzo que son muchas las facetas desde las que se puede tomar el tema medicamentos, pero cada una sólo permite ver un aspecto parcial que dificulta una visión integral. Entre dichas facetas podemos mencionar algunas: su descomunal porcentaje en el gasto total en salud; la irracionalidad de un mercado que presenta miles de medicamentos innecesarios y –en muchos casos- con perfil de riesgo inaceptable; precios elevadísimos; peligros de la automedicación; efectos adversos; fantasías relacionadas a la biotecnología; desabastecimiento de medicamentos vitales; el tema de los genéricos; y hasta su rol en la caída de un gobiernos democrático; etc.

Existen trabajos verdaderamente importantes, exhaustivos, sobre aspectos particulares, que sin embargo al no integrarse a una mirada general quedan sin sentido. Por todo ello es necesario contribuir un poco a unificar este tema, a ubicarlo en su exacta dimensión y permitir -al realizar un análisis crítico- extenderlo a toda la práctica médica, para contribuir a encontrar los nexos entre las términos medicamentarización y medicalización.

Producto del conocimiento humano acumulado a lo largo del tiempo, los medicamentos han adquirido la categoría de mito que poseen actualmente a partir de las últimas décadas, concentrando en sí las virtudes y defectos del modelo médico hegemónico. Además, se han presentado para la industria como un gran negocio, tal vez el más importante que conozcamos. Así, las drogas, legales e ilegales, por motivos ajenos a este texto (pero que será necesario profundizar) se han convertido en un paradigma de estas épocas.

Sin embargo, ¿cuál es la realidad?. La OMS destacaba hace un tiempo que en los 20 años anteriores las reales novedades terapéuticas no llegaban a 15. Sin embargo, en la Argentina la introducción de nuevos productos al mercado era

en promedio de 200 anuales, y en los dos últimos años de la dictadura -'82 y '83- superó los 2.000, con un Estado cada vez más ausente de la regulación y control. Un ex ministro de salud comentó en la Bolsa de Comercio de Córdoba que en 1995 se presentaron en el mundo como novedades -lo que no implica necesariamente utilidad o eficacia terapéutica- sólo nueve drogas (sobre todo las nuevas para el SIDA), mientras que el Estado autorizó el ingreso al mercado argentino de 1.300 productos. Así entendemos que en la Argentina circulen productos que están prohibidos en los países centrales por su toxicidad e ineficacia.

La introducción como disciplina de la Farmacoepidemiología en las universidades y servicios asistenciales, hecha desde profesionales consustanciados con los problemas de la gente y no desde la industria del medicamento, ha demostrado en estudios poblacionales la importancia de revalorizar aquellos criterios de los que hablábamos al principio. Por ejemplo, se estudió la respuesta a medicamentos versus cambios de hábitos en 20.000 mujeres hipertensas esenciales (aquella hipertensión de la que no se sabe sus causas) lográndose en ambas situaciones los mismos resultados. A ello se suma el riesgo de que las que utilizan drogas necesitan de las mismas cada vez en dosis mayores.

Como es de imaginar, porque cala en aspectos profundos del ser humano, y por su imposición globalizada, la Cultura del Medicamento es la misma en países desarrollados que en los subdesarrollados. Lo que varía es el rol del Estado: en general en los primeros éste cumple un fuerte papel regulador; en los segundos sí se aplica la prédica del neo-liberalismo de dejar libre al mercado.

Ante este escándalo, la OMS tomó cartas en el asunto allá por 1977, y determinó que los medicamentos que sirven, aquellos en que su beneficio es mayor que su riesgo, no son más de 250, y en general se trata de monodrogas (o sea únicas, no en combinaciones). Son los llamados Medicamentos Esenciales. Cada dos años los expertos de OMS actualizan el listado, que hasta la fecha no ha variado más de un 20%, lo que demuestra que los reales aportes nuevos son pocos.

Los mejores sistemas de salud del mundo, como los de los países nórdicos, no tienen muchos más de 400 principios activos. Argentina anda por los 4.000 (entre drogas y combinaciones), dando un gasto que rondó en el año 2001 los 7.000 millones de dólares anuales, lo que significa más de un 30% del gasto total en salud, cuando la OMS dice que no debe superar el 10%.

Se puede comprender así que el tema Patentes -aquellos derechos que cobra el Laboratorio que descubrió la droga original durante 20 años- o el uso de la DCI (denominación común internacional de la droga) hoy popularizado como **nombre genérico** (lo que ha llevado intencionadamente a una confusión con relación a **medicamento genérico** que es otra cosa, como veremos más adelante) es secundario a la definición de qué necesitamos y qué no necesitamos porque daña o porque no sirve, por lo tanto la industria del medicamento -sea nacional o multinacional- debería ser tratada como cualquier otra, planteándole deberes y derechos.

¿Por qué razones se permiten las irracionalidades con los medicamentos? Si investigaciones científicas demostraron que en el mercado existe una mayoría de medicamentos que o son ineficaces o sus efectos adversos son mayores que su beneficio, y si en general los médicos no manejan más de 30 medicamentos en su práctica diaria, ¿por qué hay quienes defienden que en la Argentina existan esa cantidad de principios activos con más de 12.000 marcas distintas?

Una política racional debe ocuparse de todas estas cuestiones, ya que además de proteger la salud de la población también redundará en un ahorro natural, que podrá destinarse a temas sanitarios prioritarios. Además, en nuestro país sabemos que se pagan sobrepagos descomunales: un medicamento puede valer hasta siete veces más que en Europa. Por ejemplo la estreptoquinasa, un trombolítico esencial en el tratamiento del infarto: valía en un momento determinado aquí 810\$, allá 130. Otro indispensable para los hemodializados, la eritropoyetina, valía 108 pesos al

público en las farmacias, pero una Obra Social provincial que la licitaba por cantidades pequeñas la pagaba al Laboratorio a 34\$, y otra Obra Social nacional que por su gran volumen de afiliados realizaba licitaciones por grandes cantidades, la conseguía a 8\$; son todos ejemplos que sirven para interrogarse sobre el valor real de un fármaco.

Recientemente un informe presentado en la Cámara de Diputados de la Pcia. de Buenos Aires nos escandalizó cuando trascendió a la opinión pública y nos enteramos de que en los precios, en relación a los de los países centrales, puede haber diferencias en contra nuestro de varios miles por cientos. ¿Cuál es entonces la tasa de ganancia de los laboratorios farmacéuticos?

Queda claro que es un problema humano, ético y científico, que tiene además consecuencias económicas graves: la primera por pagar por lo que daña o no sirve, lo cual es un disparate y puede tener consecuencias hasta mortales, y la segunda por pagar esos sobrepagos descomunales que mencionábamos anteriormente (lo que en el marco "desregulador" tenderá a agravarse más aún). Lo que se ahorre con una política racional de medicamentos bastará de sobra para realizar prevención primaria y secundaria, y atención adecuada de la mayoría de las patologías prevalentes.

La enseñanza universitaria de estos temas deja mucho que desear y también está influenciada por el mercado. Una buena noticia es que un grupo de profesionales, técnicos y otras personas consustanciadas con la necesidad de cambiar esta situación, formó el Grupo Argentino para el Uso Racional del Medicamento (GAPURMED), que cuenta con profesores de varias de las cátedras de Farmacología de las Facultades de Medicina del país, y ya está trabajando desde hace 10 años, con total respaldo científico, por estos principios, por lo que incidirá en este trascendental espacio de la formación del recurso humano. En el campo profesional hoy reina una gran confusión que favorece el accionar distorsionador del mercado y sus prebendas.

Por último, se debe apoyar el Formulario Terapéutico, que se basa en el Listado de Medicamentos Esenciales de la OMS (que están incorporando varias obras sociales y servicios de salud estatales), pero tratando de que no sea el punto de llegada sino el de partida de una Política Racional de Medicamentos, que incluirá muchísimas otras cosas, como legislación adecuada, etc.

Como parte de todo un proceso, la misma debe ir acompañada de un cambio de enfoque, pasando del actual -centrado en las enfermedades y los servicios de atención- al de las causas que producen esas enfermedades.

Queda por último interrogarse sobre los por qué y los cómo se llegó a esta situación, y sobre porqué muchas veces solo reducimos la queja al tema costos, como si el resto estuviera bien, cuando su irracionalidad hace evidente que se debe tratar como lo que es, un tema complejo que tiene impacto en todo el sistema predominante en salud, por lo que su modificatoria puede ser el punto de partida de un cambio total, tan imprescindible.

En síntesis: la magnitud del problema del medicamento -como tantos otros del campo de la salud- tiene una dimensión tal que debe ser abordado por todos, y no sólo por los especialistas. A la humanidad no le ha ido bien con la delegación de responsabilidades, y la salud no se debe delegar, es un derecho humano que debe defenderse como la vida, que de eso estamos hablando.

Una vez hechas estas aclaraciones sí podemos pasar a lo estrictamente económico, dado que ello debe ser el corolario de un uso racional. En el campo internacional han pasado y pasan cosas importantes al respecto: una es la conformación del polo Brasil- India y Sudáfrica que vienen de ganar una importantísima batalla con respecto a producción y precios de medicamentos para el SIDA en contraposición a los intereses monopólicos de los grandes laboratorios de Estados Unidos y Europa. La otra batalla ganada es haber logrado que en la reciente reunión de la Organización Mundial de Comercio realizada en Doha, se aceptara que el medicamento es un bien social, lo cual autoriza a los países a tomar medidas de excepción -comprar, copiar, no respetar patentes, etc.- en situaciones de emergencia.

## Medicamentos genéricos

Se sigue utilizando el recurso de las verdades parciales para ocultar la total, o usar lo veraz para tapan lo verdadero. Así el tema genéricos, tan actualizado en los medios, esconde sin embargo una serie de distorsiones, necesarias de aclarar.

Existe una marcada confusión sobre la definición de medicamentos genéricos que lleva a que, según la que se tome, coexistan diagnósticos diversos sobre su situación actual y sus posibilidades futuras en el mercado argentino.

Por lo tanto aclaremos este punto para comenzar; clasificando a las distintas especialidades farmacéuticas entre la que se encuentra la de los genéricos:

- 1) *Medicamento original o innovador* : es aquél que contiene un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollos completos.
- 2) *Licencias o "segundas marcas"*: es el mismo producto que el innovador pero comercializado por otras Compañías Farmacéuticas con autorización expresa del dueño de la patente del anterior.
- 3) *"Copias" o productos "esencialmente similares a otros ya autorizados"*: son los que tienen el mismo principio activo, pero no fueron autorizados por el innovador. Estas "copias" pueden tener nombre de fantasía o la Denominación Común Internacional (DCI), o sea el nombre de la droga seguido del nombre del titular o fabricante: esta última situación ha llevado a confundirlos con los genéricos, que sin embargo se distinguen por otras razones.
- 4) *Genéricos*: es la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cuali y cuantitativamente en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico

La especialidad farmacéutica genérica debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia que incluyen los específicos de biodisponibilidad. Esto le garantiza confiabilidad absoluta, o sea es exactamente igual a la original. ( En cambio, esos estudios no se le exigen habitualmente a la "copia")

La denominación estará compuesta por la DCI, acompañada del nombre o marca del titular más una sigla, por ej. "EFG" (Especialidad Farmacéutica Genérica), que lo identifique.

Debe además estar autorizado por la autoridad sanitaria específica nacional, para lo cual debe pasar las pruebas de calidad, seguridad y eficacia.

Cualquiera en condiciones de hacerlo puede fabricarlos, pero debe ser una vez que la patente del producto original caducó (generalmente son 20 años). Debemos recordar que la mayoría de las patentes de los medicamentos esenciales que recomienda la OMS para el uso racional de los mismos ya caducó.

La experiencia española en la introducción de genéricos en el mercado, de reciente data –comienzos de 1997- está suficientemente documentada y es muy ilustrativa de varias cuestiones: cómo se modifica para bien un mercado; cómo baja estrepitosamente el gasto en medicamentos y cómo para un gobierno es imprescindible -si quiere garantizar salud a sus ciudadanos y que el tema no se le convierta, con su enorme carga simbólica, en un bumerang- poner orden en el más irracional de los mercados como es el de los medicamentos.

En los países donde existe una tradición de funcionamiento de la competencia en el sector farmacéutico, los genéricos adquieren rápidamente una cuota de mercado significativa. Las administraciones sanitarias de los países europeos, entre otros, han fomentado políticas activas para el registro y prescripción de genéricos, de forma de obtener ahorros presupuestarios que a su vez permitan seguir financiando los

medicamentos innovadores que continuamente se van incorporando al arsenal terapéutico.

El control de los precios de los medicamentos se debe hacer por cuestiones de eficacia y equidad. El elevado grado de concentración de esta industria, su carácter casi monopolístico y la inelasticidad de la demanda con respecto a las variaciones de precios, son los motivos fundamentales que justifican esta intervención.

A su vez el marcado carácter oligopólico de este mercado determina la posición dominante de algunas empresas en los diferentes grupos terapéuticos. Las compañías líderes del sector con un número reducido de "marcas" concentran la mayoría de las ventas.

Por éstas y otras razones es que todos los Estados de la Unión Europea intervienen sobre precios y demanda. Así, por ejemplo, cada producto debe disponer de su propio precio, calculado en función de su costo real, según un medio de cálculo transparente. Asimismo, el control del gasto farmacéutico se encuentra dentro de los objetivos prioritarios de los Gobiernos europeos, que están instrumentando diferentes medidas en los campos de la prescripción, financiación, fomento de los medicamentos genéricos, etc.

Es que el incremento del gasto en medicamentos dejado al arbitrio de la industria no tiene ninguna lógica (o mejor dicho sólo puede tener una lógica lucrativa) ni está fundamentado en sus aportes a la ciencia, dado que el impacto de los medicamentos en los indicadores de salud es mínimo comparativamente con el de las variables socio económicas. Su comercialización responde fundamentalmente a la lógica del lucro por parte de los laboratorios, aprovechando la representación simbólica de que se trata de un producto asociado por el comprador a la prolongación y mejoría de la calidad de vida, lo que en la mayoría de los casos no es así.

Y no es así porque según ha denunciado el Grupo Argentino por el Uso Racional del Medicamento, un porcentaje importantísimo de los medicamentos que están en el mercado corresponde a drogas de eficacia no comprobada, a combinaciones irracionales de las mismas, y otros a drogas de perfil de riesgo inaceptable ( para comprender la gravedad de esta situación podemos mencionar que en este último grupo existen 197 marcas, correspondientes a 27 drogas).

Estas y las otras causas mencionadas determinaron que por ejemplo en España entre 1987 y 1998 el gasto total pasara de 256.493 a 946.652 millones de pesetas, lo que supone un incremento absoluto de 700.000 millones, que a su vez representa un 284%. Las medidas instrumentadas para controlar este irracional gasto fueron, entre otras, excluir de la financiación a las especialidades consideradas de baja utilidad terapéutica; instrumentar auditorias adecuadas e incorporación activa de los genéricos.

Como para testimoniar que la cuota que le corresponde a los genéricos tiene que ver con la implantación de políticas activas, se constata que en Europa los países que le dieron importancia antes, han tenido resultados significativos en corto tiempo, así en el Reino Unido a finales de 1994 el 54% de las prescripciones efectuadas por los médicos de atención primaria fueron genéricos, duplicándose el nivel de 10 años atrás y en 1997 ya representaban el 60% del total, mientras que la cuota de mercado en valores asciende al 22%.

Alemania presenta un 39% de genéricos, Dinamarca un 38% y Finlandia un 32%, mientras que en otros países de más reciente implantación el porcentaje es menor. En Canadá y USA representan el 15 y 11% respectivamente.

Como dijimos, Brasil, la India y Sudáfrica se han constituido en polos alternativos de producción y distribución de medicamentos de uso racional, donde los genéricos ocupan un rol fundamental. Estos países se constituyen por lo tanto en una posibilidad de acceso a medicamentos seguros, eficaces y baratos para el mercado argentino.

Recordemos que la Argentina tiene para el 2001 un gasto en medicamentos calculado en casi 7 mil millones de dólares, unos 180 por cabeza; constituyendo más

de un 30% del gasto total, cuando la OMS dice que lo lógico es el 10%. Es necesario realizar un estudio de costo/beneficio para saber qué nos conviene más para acceder a los genéricos (adquirirlos, fabricarlos, etc.). Y no confundirse con el “nombre genérico” que es denominar a cualquier medicamento por el nombre de la droga, lo que si bien es necesario y puede facilitar la disminución de precios en un primer momento, no modifica sustancialmente el mercado. Estos son algunos apuntes para comenzar a pensar el diseño de un proyecto de medicamentos genéricos para la Argentina.

### **En conclusión:**

El medicamento es un hecho muy reciente en la historia de la humanidad; lo que hubo desde siempre son remedios, que como explicamos antes es algo más complejo. Su “explosión” no tiene más de 50 años, al punto tal que su crecimiento no ha respetado pautas lógicas, demostrando como ningún otro hecho que el haber podido convertir un bien social (cuyo mérito es ser lo más parecido al mito de la panacea que se conozca, con su carga de realidades, fantasías, esperanzas, magia) en mercancía ha sido uno de los mayores logros desde el punto de vista capitalista.

Culturalmente el medicamento forma parte del modo como la salud es asumida en una sociedad y explica cómo -por aquello de ser piedra angular del modelo médico hegemónico al tener capacidad de modificar en ciertas ocasiones el curso natural de las enfermedades- ha podido desplazar opciones terapéuticas más racionales, lógicas y eficientes, ocultando sobre todo lo que demuestran todos los indicadores de salud: que la misma depende mucho más de lo que llamamos “remedios estructurales”. E incluso en su rol específico, el medicamento ha funcionado muchas veces como falsa compensación de estrategias de salud insuficientes.

Coincide esa “explosión” -y en parte la explica- con la demanda creciente de servicios sanitarios, que a su vez ha sido consecuencia de la propia dinámica de la evolución económica, de la puesta en funcionamiento de los sistemas de seguridad social, de la presión de los fabricantes y del rol cada vez más dependiente que se le reserva a los individuos en esta sociedad. La búsqueda de la autonomía es también uno de los puntos nodales para superar este problema.

### **Caminos a tomar, preguntas a formularse**

La experiencia mundial indica que sólo se obtienen logros significativos cuando se encara una política integral de uso racional de medicamentos, y que por el contrario las medidas parciales fracasan y suelen ocasionar un retroceso.

Si, como dijimos, el medicamento es un hecho cultural más que técnico, la pregunta será: ¿cómo se modifica un hecho cultural que atenta contra la salud de la población que lo sustenta? Y aquí nos parece que cobra toda su utilidad la estrategia de la Epidemiología Comunitaria, basada en que los grupos y poblaciones como sujetos miren, investiguen, interroguen a su propia realidad, y lean los resultados de la misma, averigüen sus porqué y tomen las acciones correspondientes, acompañadas de una estrategia comunicacional adecuada.

Paralelamente, desde la especialización y bajo la responsabilidad del Estado se deberá realizar una selección de los medicamentos, eligiendo sólo los que sirven y sean seguros (por ej. los de “perfil de riesgo inaceptable” deben ser eliminados automáticamente), basándose en el criterio de los Medicamentos Esenciales.

Las estrategias deberán estar orientadas a problemas, y el medicamento debe ser tratado sólo como una de las respuestas posibles y no necesariamente la principal.

El control de precios, utilizando precios de referencia y facilitando y apoyando la fabricación estatal de medicamentos genéricos (tomando como base las unidades de producción actualmente existentes en todo el país) entre otras medidas debe ser la

consecuencia de una política de uso racional y no debe ser nunca planteada como la única solución, porque eso afirmaría que todo lo demás está bien y no es así.

Las medidas burocrático administrativas, como auditorias, confección de fichas de seguimiento individual, recetarios con menos casilleros, etc. deben acompañar a las medidas educativo culturales que son las prioritarias. El ahorro debe ser consecuencia de la racionalidad y nunca al revés.

En síntesis: el problema del medicamento, como todos los problemas que hacen a la vida de los pueblos, sólo podrán ser solucionados con la participación protagónica de éstos en la búsqueda de las soluciones.

En este tema como en otros el contexto es fundamental, y esto viene al caso para reflexionar sobre las nuevas teorías que plantean que gobierno es nada más que gestión de lo dado y que no significa, como se creía hasta ahora, que es el lugar donde se concentra el poder, lo cual pone en cuestión la afirmación de que se debe contar con éste para cambiar las cosas, pues sólo respondería a la situación de poder tal cual está expresada en ese momento en la sociedad; lo que sí hace el Estado es legitimar como un espejo esta situación.

Serían explicables así estas medidas que legitiman al mejor estilo gatopardista, la propuesta de siempre de la industria: la canasta de medicamentos en la que, cada medicamento que la integra, luego de un período inicial de precios menos caros (no bajos o baratos), y adquirido marketing por esta vía, suben paulatinamente sus precios, en algunos casos hasta superar los de homólogos (recordar los MBS – medicamentos básicos sociales, impuestos por Manrique- de hace 30 años que ejemplifican esta situación).

Otra falsa solución es caer en “debería hacerse esto y lo otro, pero para ello es necesario tener el poder”. Ello es falso porque lleva implícito que ese poder está localizado en algún lado en particular: el Estado, los grupos económicos, la iglesia, el imperio, etc., y que en consecuencia primero nos debemos adueñar de él para modificar las cosas. Pero ocurre que el poder no está en un lugar preciso, sino diseminado como micro y macro poderes y en una articulación de red, donde cada uno de nosotros y las organizaciones sociales a las que pertenecemos –en tanto comunidad- detentamos también parte de él.

El poder, según ejemplificara tan bien Holloway, es “poder hacer” y no como lo plantea y ejecuta el capitalismo “poder sobre”. Entender y desenredar esta madeja es válido para el todo y para cada una de sus partes. Para el caso de la salud es particularmente visible en esta piedra angular del sistema dominante: los medicamentos.

Nuestra postura es precisamente recuperar para todos la posibilidad del “poder hacer”, esa capacidad del sujeto que tan bien se especificara en los fundamentos de la Epidemiología Comunitaria, cuando demuestra que la estrategia de la APS (atención primaria de la salud) fracasó por considerar, en los hechos, a las poblaciones como objetos y no como sujetos. Desde el “poder hacer” se transforman las situaciones, los conceptos y los hechos y así sí se puede incidir en la gestión. Si verdaderamente deseamos incidir en los cambios tan necesarios, es necesario que pensemos en esta cuestión.

## **Bibliografía**

Arancha Desojo: El Derecho de Acceso a los Medicamentos Esenciales- Comunicación en Madrid, 23/4/2001 (Farmacéutica y experta en cooperación sanitaria)  
Barri Horacio: Proyecto de Gestión Social Participativa- Cuaderno N°65, IDEP, 2000  
Cañas Martín: comunicación personal.  
GAPURMED(Grupo Argentino por un Uso Racional de los Medicamentos): reuniones anuales de 1992 a 2002.  
Genéricos: Coordinadora María del Val Diez Rodríguez- Ministerio de Sanidad y Consumo de España- Editores Médicos. S. A.

Gigante Amilcar: "O qué es o remedio?"- Universidad de Pelotas, Brasil.

Laporte J.R. y Tognoni Gianni: Principios de Epidemiología del Medicamento. 2°

Edición- Editorial Masson.

Laporte J.R: Medicamentos- En revista "Salud y Sociedad" N°17-18, octubre de 1988.

Tognoni Gianni: Medicamentos- Revista "Salud y Sociedad" N°14-15, agosto de 1987.

Tognoni Gianni: Número especial dedicado a Medicamentos de la revista "Salud y Sociedad"- 1988

Red SEPA  
*Red Social para la Educación Pública en las Américas*

**CODIGO DE SALUD EN LA ESCUELA PARA EL CONTINENTE AMERICANO**

Proyecto de investigación de la red Social para la defensa de la Educación  
Pública en las Américas. Red SEPA.

Responsable : CTERA (Confederación de Trabajadores de la Educación de la  
República. Argentina)

**DOCUMENTO BASE**

**INTRODUCCION**

En la reunión de la Red SEPA realizada en Quito, Ecuador, en octubre de 1999 el plenario de delegados decidió por unanimidad aprobar la propuesta de la delegación argentina (CTERA) de elaborar una normativa común para todas las Américas en defensa y para promoción de la salud en la escuela pública. En las discusiones y deliberaciones de esa reunión se puso en consideración la ponencia "Salud y Trabajo docente" una de cuyas conclusiones y propuestas es la de construir entre todas las organizaciones sindicales y sociales de la Red SEPA el "Código de Salud en la Escuela Para el Continente Americano" en base a la experiencia argentina de la CTERA.

La razón fundamental para realizar esta investigación está determinada por la voluntad de todos los miembros presentes de superar la fragmentación de legislaciones nacionales, recomendaciones internacionales de diversos organismos (OIT-UNESCO-OMS-OPS), sobre temas inherentes a la salud de los alumnos y los docentes y a la protección y conservación del medio ambiente y condiciones de trabajo y de estudio en los locales escolares y su contexto inmediato. Todas las organizaciones sindicales y sociales presentes, representantes de los trabajadores de la educación, de los alumnos, de los padres y de las comunidades y los pueblos indígenas, campesinos y trabajadores de otras ramas solidarias con la educación pública, coincidieron en afirmar que en su experiencia histórica y cotidiana, el incumplimiento y/o la ineficiencia de los gobiernos de la educación de sus respectivos países, había hecho "letra muerta" de la ley (cuando ésta existía) o su aplicación había sido parcial, lenta o insuficiente cuando no negativa para la protección y conservación de la salud de los niños/as adolescentes, jóvenes y adultos alumnos. Así como también y en forma ya definitivamente nociva para la salud de los trabajadores de la educación, en todas sus ramas y especialidades docentes y no docentes (administrativos, conserjes, cocineras, etc.)

Los riesgos y la falta de condiciones de higiene y seguridad para habitar las escuelas públicas se consideraron muy frecuentes tanto en las zonas urbanas como en las rurales, por las 87 organizaciones de todos los países presentes. La normativa para la edificación escolar era desconocida por la mayoría de los representantes en la reunión, los ponentes la dieron a conocer en alguno de sus rubros más significativos, como el índice de habitabilidad en m<sup>2</sup>. y m<sup>3</sup>. por alumno; una de las normas de más escaso cumplimiento en los edificios escolares conocidos. En la experiencia de CTERA, un relevamiento específico realizado en más de 500 escuelas públicas en las que se realizó el Mapa de Riesgos dentro de cursos de actualización para directores, demostró que en más del 70% de los edificios había riesgo de accidente y no cumplían las normas de habitabilidad para edificio escolar. (Provincias de Río Negro, Buenos Aires, San Juan y Tierra del Fuego). En situaciones de emergencia por incendio de bosques se puso en evidencia la crisis de todo el sistema de seguridad para resolverlas, además del desconocimiento de las acciones inmediatas para evacuar la zona y el mismo edificio escolar. Este ejemplo dio lugar a una actividad de capacitación posterior realizada con los bomberos voluntarios de la región, con excelentes resultados formativos para los docentes, los alumnos, sus padres y la

comunidad en riesgo. Esta y otras situaciones de emergencia –como el riesgo sísmico-ambas muy frecuentes en toda América, nos impulsaron a considerarlas en forma particular para el Código ya que las construcciones escolares no respetan en una alta proporción las normas de construcción e la elección de los terrenos adecuados en zona sísmica y de bosques.

Luego de estos ejemplos avanzamos en la construcción en concreto del Código, con el objeto de ensamblar en una TRAMA REAL situada en la escuela, las normas existentes y su aplicabilidad en materia de: arquitectura escolar, higiene y seguridad, mantenimiento edilicio, accidentes escolares, accidentes de trabajo y la legislación vigente laboral, educativa y de salud pública de cada país y de cada jurisdicción.

Luego pensamos en el contenido de una política de Estado que impulsemos desde nuestras organizaciones sociales que ensamble las declaraciones de derecho universal vertidas en documentos de las Naciones Unidas respecto de los Derechos Humanos en todas sus variaciones desde 1947 , las declaraciones y recomendaciones específicas de OIT, UNESCO, OMS y OPS sobre protección a la maternidad, trabajo infantil, salud materno - infantil, nutrición y alimentación, condiciones y medio ambiente de trabajo en la escuela, protección específica y prevención de enfermedades infecto - contagiosas, adicciones y SIDA y todas las referentes a la niñez, adolescencia y juventud así como también y con gran importancia, la censura sobre toda forma de discriminación y el desarrollo de la protección específica a las diferencias de género, étnicas, sociales y culturales.

La promoción de la salud y las recomendaciones de la última reunión de la OMS/OPS realizada en junio de 2000 en México y de ellas las específicas de educación para la salud y de promoción de la salud en la escuela (Escuelas Promotoras de Salud), son muy oportunas a tener en cuenta y recomendar su ejecución según las regiones y experiencia de las organizaciones de la zona.

En esta reunión internacional -OMS/OPS- hubo consenso en afirmar la necesidad de reorientar las acciones de promoción de la salud desde las comunidades hacia los gobiernos locales (municipios) y regionales. Los resultados en los últimos diez años en este rubro no habían sido satisfactorios.

Al mismo tiempo se señaló que un nuevo y directo impulso y apoyo a las organizaciones sociales no podía significar una desresponsabilización del Estado frente al tema.

Desde el punto de vista científico, hubo que reconocer que hay una vacilación en este momento histórico para señalar “ ¿QUÉ ES UN INDICADOR DE SALUD? El desafío es resignificar el concepto para hallar otra definición que no sea ” ausencia de enfermedad” ya que es la real existente ante la falta de definición sobre un estado de bienestar bio-psico-social que en forma efectiva se lleve adelante en los planes y programas de salud de los gobiernos nacionales y los entes internacionales de salud y educación (OMS-UNESCO).

Así es como el reclamo de AGUA POTABLE para el mundo continúa siendo prioridad en la promoción de salud. En segundo lugar, la violencia y las adicciones - en todas sus formas - constituyen un problema sin contención, desde las políticas de salud nacionales, regionales e internacionales.

La responsabilidad social y la participación real de las comunidades, son dos ejes que orientan la investigación y la direccionalidad del cambio necesario. Es la recomendación en la que coincidimos desde nuestras organizaciones sociales y nos proponemos impulsar y controlar civilmente su ejecución por los gobiernos de nuestras comunidades y países. La exigencia de su cumplimiento y el apoyo de toda

norma que signifique la protección y promoción de la salud en la escuela pública, es un beneficio necesario que reclamaremos y apoyaremos en su ejecución concreta.

En ese sentido instrumentos como el Código de Salud en la Escuela para el Continente Americano, tanto por su contenido como por la metodología participativa de su construcción, pretende llenar un vacío en la normatividad en defensa de la Escuela Pública y de la vida sana de sus protagonistas cotidianos.

La extensa región americana (de polo a polo) es también un difícil reto para esta construcción colectiva. La presencia en todo nuestro continente de variadas etnias y diferencias de razas, lenguas y por supuesto culturas, con directa influencia en el concepto de SALUD y de VIDA, es un tema de gran cuidado metodológico. Nos rige el principio general de respeto a la igualdad de derechos considerando las diferencias. Lo particular en este caso nos pondrá en situación de estudiar en profundidad la diferencia específica, sin exclusión de la posibilidad de acceso a la salud y la educación pública existente. La salud así entendida, es un concepto ético y político en primera instancia, que reconoce los saberes de la experiencia de las comunidades indígenas y la tradición popular en las formas de prevenir y de curar.

Con referencia a los pueblos indígenas, el Convenio de la OIT 169 (apartado 7-1) obliga a los gobiernos firmantes a respetar y garantizar mecanismos de negociación, decisión y construcción permanentes para que los pueblos indígenas puedan “establecer sus propias prioridades, en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones, y su bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar su propio desarrollo económico, social y cultural”.

La pregunta central en éste y otros casos de grupos en riesgo, vulnerables o ya excluidos, es cómo crear mecanismos concretos que garanticen este derecho general a la autodeterminación de los pueblos. Cuando no hay condiciones mínimas de autonomía por estar esclavos del mundo de la necesidad. La responsabilidad social es del Estado y sus instituciones. Los primeros pasos en una dirección de acción conjunta y compromisos asumidos por organismos de gobierno y organizaciones sociales autónomas se están dando recientemente en nuestro continente. Es en esa dirección y con ese destino que este Código pueda elaborarse y aplicarse, con la voluntad expresa de sus autores de cumplirlo y hacer que se cumpla.

A estos Convenios se agregan las normas existentes y recomendaciones de las últimas reuniones internacionales de protección del medio ambiente y el desarrollo sustentable. Los avances en recomendaciones sobre protección ambiental específica internacional y regional para América. (Agenda 21. Conclusiones de la reunión de Río de Janeiro de 1992 y posteriores agendas hasta la actual Cumbre de la Tierra en Sudáfrica agosto 2002).

El desafío es construir una nueva relación social solidaria y consistente, entre organizaciones sindicales docentes y de las comunidades ( de padres, de alumnos y grupos interesados en la educación pública) en América. Núcleos sociales con fuerte arraigo cultural, que desde una territorialidad local puedan cohesionarse, acumular y direccionar su poder en realizaciones concretas, hacia tiempos y espacios regionales y/ o continentales.

La ESCUELA PUBLICA puede ser un lugar para afianzar esas realizaciones colectivas. Tiene tradición cultural y hay confianza social y ciudadana en ella. Al mismo tiempo ya hay conciencia de la necesidad de preservarla de los circuitos mercantiles y privatizadores que desde políticas neoliberales gubernamentales, instalan formas de acumulación privada de bienes y conocimientos. Es –en algunos países como

Argentina- el único lugar público de pasaje universal de la población para el cumplimiento obligatorio de la escolaridad básica.

La acción de docentes, alumnos y padres, y sus organizaciones tramadas en red puede neutralizar y reducir esta influencia a mediano plazo. Requiere construir una cohesión social asentada en una permanente y efectiva comunicación que avance más allá de la coyuntura.

El sentido de ir de lo local a lo global (regional-continental), desde movimientos sociales comunicados entre sí en forma consolidada por su comunidad de intereses, tiene su razón en la urgente necesidad de superar la fragmentación social y la creciente desigualdad de posibilidades de acceso a bienes y servicios cada vez más escasos y menos públicos. Los lazos sociales solidarios contruidos y afirmados en el rescate de valores humanos descartados por el mercantilismo, llevan a reconstruir una ética del trabajo y de la vida social que lleve a recuperar derechos y bienes sociales, como la salud y la educación.

## MATERIALES BASE PARA EL CODIGO

En el marco del derecho internacional, un código reúne REGLAS Y PRINCIPIOS GENERALMENTE ACEPTADOS por las comunidades. Estas normas con el transcurso del tiempo, su generalizada aceptación y su correspondencia con tratados, convenciones y convenios suscriptos por los Estados y los organismos internacionales, pasan a constituir fuente del derecho internacional con características de obligatoriedad.

Cuando se codifican reglas y principios, las cláusulas deben ser muy amplias ya que sus disposiciones resultarán aplicables a diferentes realidades nacionales.

Es importante afirmar que las normas de un código internacional constituyen UN PISO Y NO UN TECHO en relación a las legislaciones nacionales. Cuando éstas son más avanzadas la aceptación del código no implicará un retroceso local.

En el campo de la salud y de su protección existen códigos internacionales tales como en Código Sanitario Internacional de la Organización Mundial de la salud (OMS), que regula entre varios temas, las migraciones y el control de fronteras sobre enfermedades transmisibles y factores de riesgo epidémico así como normas obligatorias de vacunación para niños y adultos. Otro ejemplo son las regulaciones de la calidad de productos comercializados mundialmente. Las normas IRAM y las ISO son un acuerdo que respetan todos los mercados del mundo. Los productos comercializables deben llevar impresa en la etiqueta o en el envase que cumplen con la norma de calidad correspondiente. Los alimentos envasados, las herramientas, los juguetes y materiales didácticos, aparatos deportivos, productos de limpieza, etc. ; así también algunas empresas de servicios como la hotelería y el turismo ya utilizan como publicidad el cumplimiento garantizado por sus cámaras empresarias, de la norma de calidad correspondiente (ISO9000) Es decir con ambos ejemplos vemos que hay una preocupación internacional, mundial - global, sobre la circulación de personas, servicios y mercaderías, respecto de su calidad para la salud o de la calidad de la fabricación- materiales y mecanismos- controlando sus riesgos y nocividad.

Es necesario elaborar una norma de calidad para los servicios educativos tanto privados como públicos, que en este caso esté controlada por las comunidades. El Código de Salud en la Escuela puede ser un antecedente significativo.

.

En este campo, existen regulaciones internacionales que constituyen codificaciones, un buen ejemplo es la Convención sobre los Derechos del Niño. Aceptada

mundialmente para proteger a la infancia y su derecho a la vida, frente a los abusos de poder de la sociedad adulta .

Hay variados ejemplos en ese sentido, normas que constituyen tratados internacionales, recomendaciones y convenciones abiertos a la suscripción y ratificación por los Estados Nacionales que hacen referencias concretas a los derechos a la salud y a la educación y la prohibición del trabajo infantil en todas sus formas.

En el caso particular de Argentina, a partir de la reforma constitucional de 1994, se han incorporado al propio texto constitucional la aludida Convención de los Derechos del Niño (que en sus art. 24, 28 y 29 se refiere a salud y educación). La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en sus art. 11,12 y 31 aluden a los mismos derechos y al deber de educarse. La Convención Americana sobre derechos Humanos en su art. 19 remite a los derechos del niño. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales en su art. 7 b refiere a la seguridad e higiene en el trabajo y en sus art. 12 y 13 garantiza los derechos a la salud y la educación. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos en su art. 24 establece también los derechos del niño. Estas disposiciones tienen lugar constitucional en el art.75 inc.22 de la Constitución argentina. Está declarado expresamente que “los tratados, concertados internacionalmente tienen jerarquía superior a las leyes” es decir que la aceptación de un Tratado por el Congreso Federal conlleva su aplicación prioritaria por sobre lo que en contrario dispongan leyes locales.

Es necesario poner en circulación y comparar toda la información sobre textos constitucionales y derecho constitucional de los países de América respecto a estos temas para dar la base jurídica inicial al Código de Salud en la Escuela para el Continente Americano.

La propuesta de elaborar un CODIGO DE SALUD EN LA ESCUELA PARA EL CONTINENTE AMERICANO y promover su sanción tanto por el organismo interamericano competente- la OPS- como ante cada uno de los Estados americanos, cuenta con un importante bagaje de antecedentes en el plano internacional. Además podrá llenar un vacío ya que las normas nacionales e internacionales dispersas no tratan integral y unitariamente el problema de la salud de los alumnos y de los trabajadores de la educación en su local de trabajo y en la vida cotidiana de relación “bajo un mismo techo”. Como ya hemos comprobado, confluyen distintos factores de seguridad ambiental y de edificación, de organización escolar y del trabajo, de medios e instrumentos adecuados a los locales escolares y las necesidades de la enseñanza , así como también de defensa de la vida, el trabajo y el aprendizaje, la igualdad y el respeto a las diferencias en el acceso y permanencia en la escuela pública. Si bien todos ellos están formalmente aceptados y respetados como principios generales, la realidad muestra una situación de grave distorsión en cuanto al cumplimiento concreto de derechos adquiridos –a la salud, al trabajo y a la educación - que requiere otra respuesta social en el continente.

. Un Código de salud en la escuela debe tener en cuenta a quién OBLIGA en el tema del cuidado de los factores de riesgo para seguridad de los alumnos.

Así ya podemos afirmar que un CODIGO DE SALUD EN LA ESCUELA PARA EL CONTINENTE AMERICANO, apoyado en el concepto de GENERO HUMANO y en la preservación de la vida, toma un carácter de obligación ética. Específica para LA ESCUELA en lo que tiene de universal como construcción social y pública, en especial en el cumplimiento del Estado a su obligación de proveer educación gratuita a toda la población (con límites de edad y/o niveles educativos por país). La misma obligación tiene el Estado respecto de la Salud Pública. Estas obligaciones tienen normas y recomendaciones internacionales definidas por organismos de las Naciones Unidas, la OIT, la UNESCO, la OMS. Todos los Estados Nacionales que la integran elaboran

esas normas y están luego obligados a respetarlas y hacerlas cumplir en sus jurisdicciones.

Los Convenios fundamentales de la OIT que deben ser tenidos en cuenta en este Código con referencia al trabajo, la educación y la salud y que son obligatorios para los gobiernos de los países que los ratifican son: el 29 y 105 de Abolición del trabajo forzoso.,el 87 y 98 de protección del derecho a la sindicalización y a la negociación colectiva. El 111 sobre la discriminación del empleo u ocupación, el 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo. A la fecha de este documento en el 2001.

Los principios fundamentales que los rigen son de alcance universal. Para este código, obliga efectivamente a la abolición del trabajo infantil y a la protección del acceso y permanencia en la escuela de todos los niños y niñas hasta los 14 años (mínimo según legislación educativa de cada país). También obliga a la erradicación de prácticas discriminatorias en el empleo y la ocupación así como protege el derecho a la negociación colectiva para todos los trabajadores (en este caso de la educación).

Las normas más vinculadas con la construcción del Código que nos ocupa son las referidas al TRABAJO DOCENTE, sus condiciones y medio ambiente, al TRABAJO INFANTIL, con reglamentaciones específicas sobre su prohibición y OBLIGATORIEDAD DE CUMPLIMIENTO DE ESCOLARIZACION. A la PROTECCION DE LA MATERNIDAD en relación al trabajo de la mujer. En los temas específicos de SALUD REPRODUCTIVA, SALUD LABORAL y SALUD ESCOLAR, existen recomendaciones internacionales que cada país incluye en su legislación respectiva y programas de gobierno.

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos ha desarrollado en este sentido una actualización de normativas internacionales en materia de salud, educación y trabajo. Elabora líneas de acción que tratan de sintetizar y contextualizar para el continente americano una política regional actualizada. En ese sentido LOS SISTEMAS EDUCATIVOS y LA ESCUELA PUBLICA en particular están en su mira. Al mismo tiempo la OPS en estos últimos años ha centrado su interés en la PROMOCION DE LA SALUD EN LA ESCUELA con programas específicos para el continente americano.

Es decir que hay un creciente interés en centrar sobre LA ESCUELA PUBLICA como lugar de pasaje universal de la población, políticas de corte internacional - regional provenientes de organismos de composición multinacional, en defensa de los derechos humanos, la salud y la educación en su accesibilidad y efectividad como BIEN SOCIAL.

En lo concreto de nuestra propuesta, la Red SEPA, constituida por los sindicatos docentes de América y las organizaciones sociales interesadas en la educación pública en el continente, apoyada por organizaciones internacionales que agrupan a los sindicatos docentes a nivel mundial I.E. (Internacional de la Educación) y regional C.E.A. (Confederación de Educadores de América) desarrolla esta investigación para construir un CODIGO que reúna y sintetice todas las normas de todos los niveles de aplicación y control vinculadas al concepto de SALUD EN LA ESCUELA. Respetando las diferencias culturales y étnicas existentes en la región, como se señaló anteriormente.

En este sentido aporta desde el inicio del proyecto, los estudios ya realizados sobre Riesgos en la Escuela Argentina, a partir de una selección de instrumentos del CODIGO RECTOR DE ARQUITECTURA ESCOLAR DEL MINISTERIO DE EDUCACION DE LA NACION. El mismo se ha enriquecido con normas vigentes de Higiene y Seguridad en general, adecuadas por C.T.E.R.A a la Escuela, como aporte para el control de la aplicación de la Ley de Riesgos de Trabajo, para riesgos específicos del ámbito escolar aún no contemplados en la Reglamentación de la citada Ley. Así como también en las Normas y Procedimientos de Inspección de las Aseguradoras de Riesgos de Trabajo cuando operan en la Escuelas, (tanto Públicas

como Privadas). CTERA ha reseñado la normativa regional específica para Incendios urbanos y forestales, riesgo sísmico y riesgo biológico con estudios parciales. Estudios recientes para reglamentación y modificación de la LEY de RIESGOS de TRABAJO en lo que respecta a la clasificación de enfermedades profesionales docentes, a los accidentes de trabajo en la escuela y a la inspección específica de edificios escolares para valorar las condiciones y medio ambiente de trabajo, requieren una confrontación con otras investigaciones en realización en diversos países con los que esta red SEPA establecerá contacto para integrar estudios epidemiológicos sobre enfermedades profesionales docentes.

Organización política administrativa en elaboración para el tema de la salud en la escuela.

CTERA desarrolla una política de salud que parte de la necesidad conceptual y operativa de unir la SALUD LABORAL CON LA SALUD ESCOLAR iniciando la construcción de un nuevo CAMPO de investigación para avanzar hacia la superación de la FRAGMENTACION existente. Tanto en el diseño de políticas de gobierno absolutamente separadas entre sí y del objeto mismo de atención: LA ESCUELA y SUS PROTAGONISTAS: alumnos y docentes, como de una ejecución de difícil realización. La incomunicación entre Ministerios (Educación - Salud y Trabajo) en todas las jurisdicciones es un obstáculo insalvable para trazar un eje de acción único hacia la Escuela en forma integral y real.

Es allí en la TRAMA REAL de la escuela y sus habitantes cotidianos, en el nivel local, en donde realizamos la investigación para desde ella avanzar al nivel global (regional y continental). En la comunicación intersindical docente esta necesidad es sentida y reconocemos la urgencia de concretar un instrumento común que obligue a los responsables gubernamentales de nuestros países de América de una manera más directa a respetar el Código de salud en la Escuela que elaboremos. Así mismo, por el progresivo conocimiento del tema, los protagonistas directos: alumnos, docentes, padres y comunidad, se convertirán en sus difusores y comunicadores más pertinentes.

**ANEXO :DESARROLLOS DEL DOCUMENTO BASE SOBRE LA AUTORIDAD DE CONTROL DEL CODIGO DE SALUD EN LA ESCUELA PARA EL CONTINENTE AMERICANO.**

Vista la necesidad de diseñar una organización social de carácter continental con área de operación local, por escuelas, municipios o departamentos o provincias según las características de cada país ,para ejercer el control civil de la aplicación del Código de Salud en la Escuela, se presenta a consideración de la Red SEPA la siguiente propuesta:

#### **JUNTA DE SALUD EN LA ESCUELA - BOARD OF HEALTH FOR SCHOOL**

Sobre la denominación propuesta: la opción es por considerar el término Junta más ejecutivo que Comité, Comisión , Consejo o similares. Es necesario hallar una denominación simple y directa que pueda utilizarse en todo el continente con el mismo significado en español, inglés, francés o portugués.

Sobre la integración de sus miembros: es necesario que la integren representantes de las organizaciones de docentes, alumnos, padres y madres y de las organizaciones sociales y comunitarias que en la región pertenezcan a la Red SEPA. La misma podrá integrarse con diverso grado de extensión, según el desarrollo de la aplicación del Código. Desde la unidad "escuela" ,grupos de escuelas, municipios...etc. hasta por país o región ( por ej. Junta de Centroamérica o del Cono Sur o de Antillas).

Cada Junta se compondrá por miembros estables elegidos por sus pares por el término mínimo de un año. Pueden ser reelegidos por el mismo procedimiento.

Sobre el modo de funcionamiento nacional, regional y continental de las Juntas en relación con la organización de la Red SEPA. Esta relación orgánica y permanente es la que garantizará el carácter internacional de la organización y la fuerza social de sus decisiones. Cada acción local tendrá resonancia continental y esa será una garantía de efectividad. A su vez desde el nivel continental será permanente el estudio y sistematización de toda la información que se reciba de cada Junta para la elaboración de las acciones conjuntas.

Sobre un modo de acción conjunta : organización de campañas de monitoreo o de control de la aplicación del Código de Salud en la Escuela para el Continente Americano. Con las organizaciones que componen la red SEPA por país o región se organizarán campañas anuales para el monitoreo con igual fecha y tema a controlar en toda América.

Interesa tanto conocer la efectividad de las Juntas en la aplicación del Código, como los obstáculos que lo han impedido.

El acuerdo de prioridades y las fechas de monitoreo para control de la aplicación del Código se realizará anualmente. La coordinación de la Red SEPA establecerá las fechas y prioridades de las campañas luego de realizar las consultas de consenso en cada región y país a través de sus coordinaciones específicas.

Esta propuesta tiene nuevos desarrollos tomados en acuerdo de representantes en la Reunión Regional de Centroamérica y Caribe realizada en San José (Costa Rica) en julio de 2002. La primera campaña regional propuesta por las Antillas para la región, estará centrada sobre Seguridad en la Escuela.(2002-2003)