

Las vacunas y los medicamentos como recursos dominantes para la salud colectiva.

Florencia CENDALI.

Cita:

Florencia CENDALI (2011). *Las vacunas y los medicamentos como recursos dominantes para la salud colectiva. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/278>

Las vacunas y los medicamentos como recursos dominantes para la salud colectiva

Florencia CENDALI

Universidad Nacional de Luján

florcendali@hotmail.com

Resumen

El objetivo de esta ponencia es caracterizar la actual política pública de vacunas y medicamentos, ejecutada desde el Ministerio de Salud de la Nación en la Argentina, como recurso dominante utilizado para mejorar la salud colectiva y como técnica que permita la regulación del cuerpo humano. Con el sentido de ejemplificar se reflexionará sobre la campaña de vacunación contra el Cáncer Cérvico-uterino.

Varios de los interrogantes que guiarán las reflexiones de esta presentación son: ¿cuáles son las prioridades a la hora de planificar e implementar políticas de salud en la Argentina?, ¿son las vacunas y los medicamentos los recursos más apropiados para mejorar la salud colectiva de los argentinos?, ¿por qué se elige esta metodología de acción para optimizar las “condiciones de vida de la población”?, etc. Se espera debatir sobre si las vacunas y los medicamentos son los recursos dominantes en la actualidad, si es posible pensar otros que regulen el cuerpo humano y busquen mejorar la salud colectiva de la población.

Palabras claves

Política pública de vacunas y medicamentos – Recursos dominantes en salud - Salud Colectiva

I. Presentación

En la actualidad llevar a cabo políticas y campañas de vacunación -inmunizaciones- y de distribución de medicamentos son consideradas como responsabilidades básicas del Estado en pos de asegurar la salud de su población. Se demuestra que la biopolítica es uno de los dispositivos del que se vale el Estado para asegurar no solamente la regulación de la especie y la gobernabilidad, sino que también se corresponde a la construcción de una forma de ejecutar políticas y una manera de obtener rédito económico dentro del sistema capitalista actual. Como señala Foucault, desde fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, ya se da esta unión entre la medicina y la sociedad capitalista para controlar el cuerpo de la población: “El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1978b:38).

En el siglo XXI, se continúa con esta lógica de la medicina como una herramienta del capitalismo que busca regular el cuerpo de la población y obtener la mayor ganancia posible, esto se ejemplifica en lo sucedido en el mercado de medicamentos y vacunas actual. Por ello, es cada vez más difícil cambiar el pensamiento que los medicamentos y vacunas sean considerados –los casi exclusivos- “remedios mágicos” en desmedro de políticas de salud integrales que piensan a los remedios como “prevención y tratamiento estructurales” (Barri, 2007), conformados por la intervención en la producción pública de medicamentos para que estos dejen de ser mercancía; además de “obvios” derechos como son la alimentación, el agua potable, la vivienda, la oferta desmercantilizada de salud, la educación, el abrigo, la contención, etc. que hacen a la salud colectiva.

El objetivo de esta ponencia es caracterizar la actual política pública de vacunas y medicamentos, ejecutada desde el Ministerio de Salud de la Nación en la Argentina, como recurso dominante utilizado para mejorar la salud colectiva y como técnica que permita la regulación del cuerpo humano. Con el sentido de ejemplificar se reflexionará sobre la campaña de vacunación contra el Cáncer Cérvico-uterino.

Varios de los interrogantes que guiarán las reflexiones de esta presentación son: ¿cuáles son las prioridades a la hora de planificar e implementar políticas de salud en la Argentina?, ¿son las vacunas y los medicamentos los recursos más apropiados para mejorar la salud colectiva de los argentinos?, ¿por qué se elige esta metodología de acción para optimizar las “condiciones de vida de la población”?, etc.

Se debe aclarar que el sentido de este trabajo no es criticar la campaña de vacunación contra el HPV ó VPH (Virus del Papiloma Humano) como forma de control de la población, sino hacer referencia que frente a una enfermedad, como es este “paradigma de cáncer”, el Estado actúa implementando este tipo de política, que es cuestionada por su seguridad y efectividad a largo plazo, además del alto costo, frente a otras medidas que previenen en forma precoz y eficaz esta enfermedad, como es el PAP (test de Papanicolau).

Por ello es que en esta ponencia se buscará:

- 1) Explorar y categorizar los recursos – remedios que se utilizan para mejorar la salud colectiva en la Argentina.
- 2) Describir la actual política pública de vacunas y medicamentos que se están ejecutando desde el Ministerio de Salud de la Nación en la Argentina, particularmente la campaña de vacunación contra el Cáncer Cérvico-uterino.
- 3) Reflexionar sobre los recursos y modos de acción que utiliza el Estado, en materia de salud colectiva, para garantizar la regulación del cuerpo humano.

Se espera debatir sobre si las vacunas y los medicamentos son los recursos dominantes, si es posible pensar otros recursos en políticas de salud que regulen el cuerpo humano y busquen mejorar la salud colectiva en la actualidad, ya que estamos en un “(...) momento histórico que desafía a pensar la política de salud como una política de integración social, que viabilice el derecho a la salud como derecho de ciudadanía y la universalidad en la atención” (Foro de Salud en Carta Abierta, 2011) para toda la población.

II. Dos tipos de “recursos-remedios” que se utilizan para mejorar la salud colectiva

Para reflexionar sobre la situación actual, se debe considerar como, desde el siglo XVIII, el proceso salud-enfermedad-atención, específicamente el control del cuerpo de la población se convierte en una prioridad, ya que “El cuerpo, en tanto que un objeto de poder, es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido” (Turner, 1989:61).

De allí, la importancia de la regulación del cuerpo como forma de control social que pasa a ser una de las áreas “obligatorias y necesarias” de acción del Estado. “(...) desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado, si no fundamental por lo menos importante, era la de garantizar la salud física de los ciudadanos. Sin embargo, creo que hasta mediados del Siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción (...) el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado” (Foucault, 1978a:17-18).

El desarrollo de las políticas de salud, el encierro de “los desviados” y la progresiva medicalización van de la mano de los avances de la ciencia, de la necesidad de los estados y los nuevos actores sociales –la burguesía en ascenso- que buscan beneficiarse económicamente. “La medicina estatal nace (...) debido a la preocupación de las burguesías capitalistas” (García, 1982:102) para mantener una clase trabajadora que no se desvíe, enferme y continúe produciendo.

Para el desarrollo del capitalismo era imprescindible construir un Modelo Médico Hegemónico, el cual “(...) se constituye en los países capitalistas centrales, coetáneamente con el proceso de obtención de hegemonía por parte de la burguesía (...) la necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tienen que ver con un fenómeno de protección clasista pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad” (Menéndez, 1986:55). Un modelo médico que cumpla con las cuatro funciones básicas, o sea “curativo-preventivo, normatizador, de control y de legitimación” de las clases dominantes (Menéndez, 1986). Esto converge claramente con la concepción de las enfermedades ya no como un problema individual y que debía ser abordado en la esfera privada, sino como un problema económico y político que afecta a la colectividad, a la población.

La enfermedad será entonces explicada desde el paradigma microbiano, desde fines del siglo XIX, un paradigma que “(...) barrió con explicaciones alternativas como las que enfatizaban el saneamiento (Pettenkofer), la política (Virchow), una sociedad nueva (Engels). Se concluyó que el enemigo de salud es el microorganismo y el menú capitalista para este es muy claro: muchas vacunas y muchos antibióticos, todos nuevos y patentados, y todas las acciones dictadas en el mercado y siguiendo sus reglas, a la vez, poco Estado, poca medicina preventiva, poca atención primaria, pocas redes de agua potable, pocas cloacas, poca organización popular, sobre todo nada de plantear cambios sociales” (Escudero, 2010). Donde la investigación de la salud y la enfermedad pase por la microbiología y la parasitología por parte de instituciones estatales.

La intervención del estado, en Argentina desde 1940-1950, será central para regular el control del cuerpo de la población “desde entonces, el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetivos principales de la intervención del Estado” (Foucault, 1978a:19). Una intervención del Estado que debe quebrar “(...) la lógica de la “ideología biomédica dominante” que las causas mas importantes que generan los principales problemas de salud tienen que ver con los problemas genéticos, con elecciones individuales, como las malas prácticas dietéticas o el habito de fumar o en otro plano, con el escaso acceso a mala calidad de los servicios sanitarios” (Benach y Muntaner, 2008:23).

En las sociedades occidentales del siglo XXI se debe abandonar esta concepción biomédica dominante para pensar que el estado de la salud de la población se debe, sobre todo, a las condiciones del empleo, el trabajo, la vivienda, el medio ambiente, la educación, etc. o sea de los remedios estructurales que se ejecuten desde el Estado, ya que “Los determinantes sociales conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud publica” (Benach y Muntaner, 2008:33). Con esta lógica es que los determinantes sociales de la salud y la enfermedad deben ser el eje central del problema para la medicina social y la salud colectiva latinoamericana¹.

En Argentina existen y deberían potenciarse como alternativa otros tipos de recursos y remedios, los “**Remedios Estructurales** que son las condiciones y los modos de vida y trabajo de las poblaciones, donde están la mayoría de las causas de las enfermedades: la alimentación, el abrigo, la vivienda, el trabajo, la educación, la contención, etc.” (Barri, 2007:3), mientras que se terminan potenciando los “**remedios-medicamentos mágicos**” (Escudero y Lodieu, 2006:17), puesto que siempre ha habido un pensamiento “mágico” en que masticar una planta, tomar una bebida, consumir una píldora, les permitirá a las personas curarse, solucionar y hasta prevenir un problema de salud.

Si bien, hoy en día, los medicamentos deben evaluarse según criterios científicos, es necesario recalcar que sigue siendo mágico pensarlos como los únicos “remedios” para prevenir, mejorar o curar una situación de enfermedad o salud de la población, este tipo de recursos son los dominantes para el accionar de los Estados en la actualidad. Es así cómo, los medicamentos constituyen uno de los más importantes mercados económicos en la política sanitaria mundial, “(...) en la actualidad más de 100.000 fármacos compiten en el mercado mundial de medicamentos y la industria farmacéutica es quizás la industria más lucrativa del planeta” (Pérez Peña, 2004:343), que superó los U\$S 720.000 millones en el 2009.

Sorprende que un bien social que gasta el 25% del total invertido en salud en el mundo haya sido –comparativamente- poco estudiado y se hayan postulado pocas alternativas ante la crisis mundial vigente que afecta a millones de personas, cuya capacidad de consumo de satisfactores esenciales (alimentos, vestimenta, etc.) esta comprometido; mientras que en paralelo se gastan enormes sumas de dinero en medicamentos con costos excesivos y con baja prioridad para el perfil epidemiológico de la población mundial. ¿Este es el caso de la vacuna del VPH? ¿Se están gastando sumas de dinero en vacunas mientras que podría invertirse en otras acciones más efectivas para mejorar la salud colectiva?

En América Latina varía la responsabilidad del Estado en la intervención sobre el mercado de medicamentos que presta “servicios de salud”, por su importancia y capacidad de presión política, la industria farmacéutica genera fuertes discusiones acerca de cómo debe ser la participación del Estado, como fabricante, regulador, proveedor o distribuidor de este bien social.

“La medicina puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 1993:80). Pareciese que con la actual política de medicamentos y de vacunas se estuviese dando prioridad a la necesidad y al lucro del sistema capitalista, en especial, los comerciantes del mercado de medicamentos; tal como se puede observar con este caso, donde en lugar de educar a la población sobre la práctica de actividades sexuales con “métodos de barrera” y la realización frecuente del test del PAP, se estimula una vacuna contra el cáncer de cuello de útero, que se compra a laboratorios privados, quienes buscan generar nuevas vacunas y nuevas “moléculas de medicamentos patentables” para obtener/vender “salud”.

Para conseguir una buena salud colectiva es necesario enfrentar a dichos grupos de presión -que buscan continuar con el modelo mercantilizador impuesto en los ´90- proveyendo servicios de salud no arancelados, no mercantiles: la provisión de agua potable domiciliar de red, de cloacas, combatir el hacinamiento en las viviendas, la aplicación de la estrategia sanitaria de atención primaria de salud, ofrecida dentro de un sistema de salud universal y desmercantilizado y la provisión de medicamentos esenciales, fabricados por el Estado, mediante técnicas “mano de obra intensivas”; todo esto para facilitar el control y una óptima salud de la población.

Para concluir, el cuerpo físico de la población es objeto de intervención/regulación médica-estatal, en pos de la salud y el bienestar. Se observa así el campo de la salud-enfermedad-cuidado como cuestión social y de Estado. Mediante técnicas de biopolítica, la concreta difusión y utilización de vacunas, el Estado interviene sobre el conjunto de la población, en su condición biológica, tal como sucede con el caso del VPH. En vez de utilizar esta técnica de regulación como recurso dominante para garantizarse cuerpos productivos, sanos, regulando el flujo poblacional, etc. ¿no podrían utilizarse otro tipo de recursos?, ¿planificar otro tipo de políticas?

Es así que acordamos con lo postulado por el Dr. Barri: desde el Estado Nacional, Provincial y Municipal se deben potenciar los Remedios Estructurales que son los que mejorarán la salud de la población para evitar todo tipo de enfermedades, ya que sólo desde el Estado -como instancia de poder-saber- se debe actuar legítimamente sobre el cuerpo de la población buscando implementar políticas que prioricen la prevención de los problemas sociales de la población y los consideren de manera integral, y garantizar universalmente, “(...) el acceso a una vivienda digna y saludable; a una alimentación que satisfaga las necesidades nutricionales; a agua potable y a sistemas adecuados de eliminación de excretas y residuos industriales; y debe también velar para que las actividades industriales no pongan en peligro la salud de la población a través de la contaminación medioambiental; exigir condiciones laborales que no pongan en peligro la salud del trabajador; y en general, facilitar la adopción de comportamientos saludables por parte de la población” (Ugalde y Homedes, 2007:34)... sólo así se obtendrá una buena salud colectiva.

III. Política pública de vacunas y medicamentos en Argentina. El ejemplo de la Vacuna contra el Cáncer Cérvico-uterino

¿Qué políticas públicas se están priorizando para actuar directamente sobre el control y la regulación del cuerpo de la población para mejorar la salud colectiva?

Desde la gestión del Presidente Néstor Kirchner 2003-2007 y en la actual de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner 2007-2011 se ha proclamado la recuperación de los valores nacionales y populares postulados por el Gral. Juan Domingo Perón en su primera presidencia, con la finalidad de frenar la desarticulación social generada por la pobreza creciente en las últimas décadas, a través de la instauración del neoliberalismo. Asimismo se ha caracterizado por la recuperación de políticas de Derechos Humanos y, en el terreno de la economía, de políticas “Keynesianas”, junto con intentos de redistribución de la riqueza, en un sentido de justicia social.

Los interrogantes claves en el campo de la salud fueron en el 2003 y se sostienen en la actualidad son ¿qué camino habrían de tomar los Kirchner?, ¿la continuidad del modelo neoliberal de privatización de salud o el quiebre a través de políticas públicas de salud que fomenten al subsistema estatal, universal, gratuito de la salud? En materia de los medicamentos y las vacunas, ¿continuarían con la negociación con las industrias farmacéuticas privadas o fomentaría la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas?... ¿qué harían para mejorar la salud colectiva del pueblo argentino?

Con respecto a **la política nacional de medicamentos** establecida en 2002 tiene como objetivos la promoción de la denominación común internacional (DCI), la selección racional de los medicamentos y la provisión pública de los esenciales de uso ambulatorio (Programa REMEDIAR), lo que conlleva la implementación de una política de carácter universal. Se presenta con 3 ejes principales de acción:

1) La prescripción de medicamentos por nombre genérico que supone la información al usuario sobre las marcas que contengan el mismo principio activo, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades, indicando los respectivos precios. Esta acción supondría el control por el Estado porque aseguraría su calidad, seguridad y eficacia a través del Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología (ANMAT), contribuiría a equiparar la asimetría de información, devolviéndole “la soberanía al consumidor” y favorecería la disminución del precio de los medicamentos, suponiendo la competencia entre los oferentes.

2) Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE), Precios de referencia y Formulario Terapéutico Nacional (FTN); esto significaría el reconocimiento de los productos farmacéuticos incluidos en el FTN y el establecimiento del sistema de precios de referencia para aumentar el acceso de la población a los medicamentos.

3) Provisión gratuita de medicamentos esenciales: Programa Remediar: “El Programa Remediar es un programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales para atención primaria en los CAPS de todo el país y está orientado a los individuos que no poseen ingresos” (González García, 2005:209)².

Varios interrogantes surgen sobre esta política: ¿basta con una política principalmente de distribución?, ¿se ha logrado bajar los precios y educado a la población sobre el consumo de medicamentos?, ¿ha aumentado el acceso a los sectores más necesitados?, ¿es la estrategia más adecuada o es burocráticamente dificultosa por el “papeleo y el tiempo” que implica para el sistema de control y el clearing en los Centros de Atención Primaria (CAPS)?, ¿es necesario planificar y llevar a cabo una política de medicamentos más ambiciosa como es el Programa para la Producción Pública de Medicamentos, vacunas y productos médicos (PPM), creado durante la gestión ministerial de la Lic. Ocaña en 2008?, entre otras.

En este punto, hay que marcar diferencias en el desarrollo de la política entre la gestión del Dr. Gines González García y la Lic. Graciela Ocaña, quien lo sucedió como Ministro de Salud de la Nación. Por un lado, llevó a cabo **la creación de la RELAP** en noviembre de 2007. “El acta fundacional fue firmada por delegados de más de 20 Laboratorios de PPM y por el presidente del Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), quien aseguraba soporte tecnológico a los laboratorios públicos en más de 20 rubros (controles de calidad, validación de normas, análisis de costos, etc.) (GGPECyT, 2009a). La RELAP provee una pequeña parte del REMEDIAR y nuclea “(...) esfuerzos dispersos, provinciales, universitarios, municipales, nacionales que recientemente fueron incorporados orgánicamente al Ministerio de Salud, pero que para una planificación a largo plazo, aún carecen de una estrategia de crecimiento con investigación y desarrollo apuntalados por el Estado Nacional” (Rachid, 2009:1). Por el otro, con **la creación del programa de PPM** expuesto en la Resolución N°286/2008, “(...) que en sus fundamentos dice que debido a la inaccesibilidad, la inequidad y el desabastecimiento de medicamentos y productos médicos, al tema corresponde darle un marco estratégico adecuado y formal para resolver un problema estructural” (GGPECyT, 2009b).

El interrogante vuelve a surgir con la actual gestión del Dr. Juan Manzur, puesto que no ha continuado con el programa de PPM ni se ha fomentado a la RELAP, aunque se espera que el proyecto aprobado en diputados hace dos meses, sea ahora tratado por la Comisión de Salud del Senado. “En la sesión del 16/03/2011, la Cámara de Diputados de la Nación aprobó un proyecto de Ley en donde se declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas par la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos (PPM), entendiendo a los mismos como bienes sociales” (GGPECyT, 2010)

La conclusión central es cómo la política actual de medicamentos prioriza –aunque esto no pueda explicitarse- las altas ganancias de los capitalistas, por sobre el beneficio de la población, como sucede en la lógica general del capitalismo, se traduce en un despilfarro de recursos que escasean para otras políticas -como la Atención Primaria de Salud (APS)-, cuyos buenos resultados son evidentes para la salud colectiva. “(...) la activación de la PPM es un proyecto de características interdisciplinarias que tendría un impacto fundamental sobre el sector científico-tecnológico, hoy débil, fragmentado y de escasa utilidad social. En efecto, la articulación de proyectos con universidades y organismos de CyT conducirían a solucionar la fragmentación institucional actual, nos daría soberanía tecnológica y absorbería RRHH calificados. Todos ellos problemas estructurales que es necesario corregir para generar un verdadero sistema de Ciencia y Tecnología, del que hoy carecemos” (Foro de Salud en Carta Abierta, 2011)

Un caso central que ejemplifica esta situación es **la incorporación en el Calendario Nacional de Vacunación de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH ó HPV)** tal cómo fue oficializada el 13 de mayo del corriente en el Boletín Oficial, medida ya anunciada por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner el 9 de febrero pasado.

En la resolución N° 563/2011 del Ministerio de Salud de la Nación se enuncia “(...) Incorporase al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, con carácter gratuito y obligatorio, la inmunización con la vacuna para VPH a todas las niñas de once años de edad, e integrase la misma al Calendario Nacional de Inmunizaciones”³, ya que es una enfermedad que produce alrededor de 2 mil muertes de mujeres por año.

Según las cifras estadísticas proporcionadas por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud de la Nación (DEIS) se advierte que la tasa de mortalidad por cáncer de cuello de útero en Argentina es de 7,5 cada 100.000 mujeres. Esa situación empeora en las provincias del Norte, cuyas tasas se ubican en 19 cada 100 mil en Formosa, en 16 cada 100 mil en Misiones, y en 15 cada 100 mil en Salta. A su vez, desde el año 1980 hasta el 2006, han difunto casi 42000 mujeres por cáncer de cuello de útero. Aunque cabe aclarar que no se consiguieron datos oficiales sobre la disminución o no a partir de la implementación, en el año 2008, del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino.

Cabe mencionar que sólo existen dos vacunas contra el cáncer de cuello de útero en el mercado, GARDASIL (del laboratorio Merck, Sharp & Dohm) que protege contra los virus 6-11-16 y 18 y CERVARIX (de GlaxoSmithKline) que lo hace contra los virus 16 y 18 (Ugalde y Homedes, 2009). La vacuna tiene un costo de 300 pesos por cada dosis –se requieren tres-, y que “Para inmunizar durante el 2011 a las niñas de 11 años de todo el país, la cartera sanitaria nacional contará con 1.200.000 dosis, las cuales estarán disponibles a partir de octubre próximo” (MSAL, 2011)⁴.

Si bien esta vacuna es segura y eficaz, no confiere protección total, puesto que no protege contra el resto de los tipos de HPV, por lo cual es central la realización del PAP (test de papanicolau), a partir de los 25 años, para prevenir los tumores causados por los diferentes tipos de HPV; así como también las lesiones causadas por una infección existente en las mujeres sexualmente activas, ya que permite reducir hasta en un 80% la incidencia y mortalidad. Se debe continuar fomentando la realización del PAP para la detección y tratamiento, línea de acción que debería ser el eje del Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico Uterino.

Esto ratifica la inquietud sobre ¿Por qué se implementan este tipo de medidas-recursos que trabajan los “remedios” como medicamentos y vacunas y no se fomenta otro tipo de acciones como el PAP?⁵.

La vacuna pareciese que estaría reemplazando una herramienta de salud universal, indispensable y barata como el PAP, que no sólo sirve para detectar el cáncer sino todas las enfermedades de transmisión sexual. Y claramente lo está haciendo, puesto que es un producto caro y ese dinero podría estar invertido en los mismos CAPS, donde se realizan dichos test que son 100% efectivos, mientras que la vacuna no protege contra todos los tipos y, aunque se vacunaran a todas las niñas,

todavía existiría para ellas el 30% de riesgo de desarrollar el cáncer con otros serotipos del virus. Sin contar, como divulgó el Dr. Ithurralde Argerich, profesor de ginecología de la Facultad de Medicina de la UBA, que “Los beneficios reales de la vacuna no podrán constatarse antes de los treinta años, hasta que haya datos suficientes de cuántas chicas inmunizadas acabarán con cáncer (...) Faltan datos sobre la seguridad de la vacuna, no hay estudios de toxicidad a largo plazo y no se sabe por cuánto tiempo protege” (Ithurralde Argerich, 2011).

Es así como nos preguntamos ¿Por qué el Estado nacional argentino invierte y fomenta una política que negocia con uno de los actores más poderosos del sistema capitalista, cuando podría imponer otro “recurso-remedio” que garantiza la regulación sobre el cuerpo de las mujeres y hombres, mejorando la salud colectiva?.

IV. A modo de cierre... El Estado como protagonista de las políticas de salud...

Para finalizar, creemos que frente a este contexto capitalista en crisis mundial, sólo los Estados Nacionales con decisión política pueden establecer un diálogo y confrontación con los sectores farmacéuticos con poder, y dejar de pensar a la salud como un “gasto” y una “fuente de beneficio”, en lugar de ser una “inversión” y una “oferta a la población por derecho de ciudadanía”. ¿Están interesados y dispuestos los Estados Latinoamericanos a fomentar los cambios estructurales necesarios para establecer en la agenda pública una verdadera transformación en la salud colectiva, a través de políticas activas en medicamentos?

Para conseguir una buena salud colectiva en Latinoamérica es necesario enfrentar a los grupos poderosos -que buscan continuar con el modelo mercantilizador-, utilizando herramientas estratégicas que permitan mejorar la salud de manera integral, fomentando los remedios de prevención estructural (en este caso, los test de PAP realizados en hospitales y CAPS) y no los remedios mágicos (vacunas y medicamentos comprados en la industria privada farmacéutica), profundizando “(...) la comprensión del proceso salud-enfermedad [cuidado] como proceso social” (Laurell, 1982:7).

Se deben llevar a cabo políticas más proactivas en salud que sirvan para aumentar la legitimidad de los gobiernos, mejorando la salud colectiva, así se puede apreciar la actual política efectuada y sostenida por el gobierno nacional, llamada: “Asignación Universal por Hijo para Protección Social” -AUH- (Decreto 1602/09) y la reciente “Asignación por Embarazo para Protección Social” (Decreto 466/11).

Por ello, es necesario que, en la política de medicamentos y vacunas, el Estado se instale “como un protagonista activo de políticas de salud, dejando de ser un mero receptor pasivo de lo que viene del mercado [porque] en los próximos años los medicamentos esenciales, fuera de patentes, y que necesitan una accesibilidad fácil, van a ser aún más el núcleo fuerte de la salud pública” (Barri, 2007:3).

V. Bibliografía

- ALAMES (2010, octubre). Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión. En *Asociación Latinoamericana de Medicina Social*. [on line] Disponible en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>
- Barri, H. (2007). *Prevención de los problemas mayoritarios de la población y uso racional de medicamentos*. Manuscrito no publicado, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- Benach, J.; Muntaner, C. (2008, noviembre). La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. En *Equipo Técnico de Ecología Política. Revista Colectivo Kaos*. [on line] 12 Disponible en: <http://www.kaosenlared.net/noticia/entrevista-joan-benach-carles-muntaner-desigualdades-salud-epidemia-po>
- Escudero, J. C. (2010, noviembre). Crisis financiera, crisis alimentaria, hambrunas y muerte. En *Revista Tesis 11*. [on line] 18 Disponible en: <http://www.tesis11.org.ar>
- Escudero, J. C. y Lodieu, M. T. (2006). Medicamentos: Magia, Ciencia y Capitalismo. En *Revista Topía*. Buenos Aires, Argentina. 5, 17-27.
- Foro de Salud en Carta Abierta (2011, mayo). Políticas de Salud para el Proyecto Popular. En *Espacio Carta Abierta. Buenos Aires*. [on line] Disponible en: <http://forodesaludencartaabierta.blogspot.com/>
- Foucault, M. (2011). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada clínica*. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores.
- Foucault, M. (1993). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Editorial Altamira.
- Foucault, M. (1978a). Primera conferencia: La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En *Medicina e Historia*. Washington DC: OPS/OMS.
- Foucault, M. (1978b) Segunda conferencia: Historia de la medicalización. En *Medicina e Historia*. Washington DC: OPS/OMS.
- García, J. C. (1982) La Medicina estatal en la América Latina: 1880-1930. En *Revista Latinoamericana de Salud*. México. 2, 102-117.
- GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2010, noviembre). *Diputados: reacción - Ministerio de Salud*. [on line] Disponible en: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2011/03/fwd-diputados-reaccion-min-salud.html>
- GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2009a, junio) *Medicamentos: La Multisectorial*. [on line] Disponible en: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2009/08/medicamentos-entrevista-dr-manzur.html>
- GGPECyT, Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología (2009b, octubre) *Medicamentos: El efecto murciélagos*. [on line] Disponible en: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2009/08/el-efecto-murcielago-ministro-manzur.html>
- González García, G (2009) *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
- Ithurralde Argerich, O. (2011, marzo). Virus del Papiloma Humano: Detectaron en el país los primeros casos de efectos adversos de la vacuna contra el cáncer de útero. En *Diario Perfil*. [on line] Disponible en: <http://www.diarioperfil.com.ar/edimp/0343/articulo.php?art=13026&ed=0343>

Laurell, A. C. (2009, agosto 31 a septiembre 04). Seguro Obligatorio de Salud o Pagador Único o Sistema Único de Salud. En Documento de del XXVII Congreso ALAS 2009. *Latinoamérica Interrogada. Depredación de recursos naturales y conflicto ecológico. Ciudadanía y democracia participativa. Nuevos escenarios productivos en América Latina. Producción de conocimiento.* Asociación Latinoamericana de Sociología. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Laurell, A. C. (1982). La salud y la enfermedad como proceso social. En *Revista Latinoamericana de Salud*. México. 2, 7-25.

Menéndez, A. (1986). Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud. *Revista de Salud de la Provincia de Buenos Aires*. [on line] 36. Disponible en: http://www.ms.gba.gov.ar/Residencias/bibliografia/BiblioComun/Modelo_Hegemonico.pdf

Pérez Peña J. L. (2004). Dos enfoques sobre los medicamentos y la industria farmacéutica. En *Revista Cubana de Salud Pública*. Cuba. 13. 304-343.

Rachid, J. (2009, junio). La perversión del medicamento. Nación & Salud, el periódico online del sector salud. En *Nación & Salud. El periódico online de salud*. Argentina. [on line] Disponible en: <http://nacionysalud.com/node/1068>

Ministerio de salud -MSAL- (2011a, mayo). *Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino*. [on line] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/datos-epidemiologicos.html>

Ministerio de salud -MSAL- (2011b, mayo). *Primer concurso de cortos: cine, salud y mujer*. [on line] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/cinesaludymujer/>

Turner, B (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2009). Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica. En *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires. 5: 305-322.

Ugalde, A. y Homedes, N. (2007). América Latina: La acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. En *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires, Argentina. 3: 21-42.

¹ Para completar esta línea de trabajo se debería leer el Documento para la discusión de ALAMES “Taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud”, donde se enuncia que los determinantes sociales de la salud están compuestos por determinantes estructurales como la posición socioeconómica, la estructura social y la clase social y por determinantes intermedios como son los elementos materiales –las condiciones de vida y de trabajo-, los comportamientos, los factores biológicos y los factores psicosociales.

² Cabe mencionar que en los primeros 4 años (2002-2006) el Programa Remediar se solventó con fondos provenientes del BID por 140 millones de dólares más 90 millones de dólares aportados por el Estado Nacional.

³ La inmunización con la vacuna para VPH está indicada a las niñas de ONCE años. El esquema será de tres dosis, al inicio, al segundo mes de la primera dosis y a los seis meses de la primera dosis.

⁴ Para continuar con esta línea de trabajo se desarrolló Durante los días 16, 17 y 18 de mayo se realizó el Tercer Seminario Internacional “Nuevas Tecnologías para la Prevención del Cáncer Cérvico-uterino” en la ciudad de San Salvador de Jujuy.

⁵ Se debe remarcar que el 20 de abril pasado el Ministerio de Salud de la Nación en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, el Instituto Nacional del Cáncer y el Instituto Nacional de Cine y Artes Audiovisuales (INCAA) convocó a participar del concurso de cortometrajes “Cine, Salud y Mujer”, a través del cual financiará la realización de seis proyectos audiovisuales con el objetivo de sensibilizar a la comunidad en la prevención del cáncer de cuello de útero. ¿Alcanza con un concurso y con futuras proyecciones audiovisuales?