

LA PRODUCCIÓN PÚBLICA DE MEDICAMENTOS EN ARGENTINA: NOTAS PARA SU ANÁLISIS

Viviana Román*

María Teresa di Salvo*

*Facultad de Ciencias Económicas
Universidad Nacional de Buenos Aires*

Resumen. La reforma llevada a cabo en el área de salud y la desregulación operada en el sector farmacéutico durante los años noventa en Argentina agravaron la situación sanitaria de millones de personas. Esto dio lugar a respuestas heterogéneas por parte de los diversos actores involucrados; apareciendo y consolidándose formas alternativas de producción y distribución con el objetivo de generar un mayor y mejor acceso a los medicamentos por parte de la población. Es importante resaltar entonces que los remedios se diferencian de la mayoría de las mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado. Por eso, en el caso de estos productos el sistema económico debe acercarse a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva y el papel del Estado debe ser clave en este aspecto. Consecuentemente con lo anterior el objetivo de este artículo es historiar la producción pública de medicamentos durante la década de 1990 y a principios del siglo XXI a partir del análisis del papel socialmente desempeñado por una serie de instituciones que realizan producción pública de medicamentos en Argentina.

Palabras clave: Industria farmacéutica; Sistema de Salud; Equidad distributiva.

* Docentes-Investigadoras del Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED).

Contacto: ceed@econ.uba.ar.

Abstract. The Argentine's reform in the health area and the deregulation that took place in the pharmaceutical sector during the decade of 1990 became a worse sanitary condition of people. This circumstance gave occasion for the arose of consolidation of alternative forms of production and distribution whose objective was a better population access to medicaments. It is important to rebound that the medicines differ from the other goods and services that the consumer acquires on the market. In this case the economic system must approach to a socially acceptable position for distributive equity and State role must be central.

For this, the aim of this communication is to narrate the history of the public development of production during the nineties decade and in the early twenty-first century with the analysis of different institutions that make medicines public production.

Key words: Pharmaceutical industry; Health system; Distributive equity.

1. Introducción

Durante la década de 1990 se profundizaron las transformaciones que venían teniendo lugar en la economía argentina desde mediados de los años setenta. Fueron creadas condiciones que favorecieron la profundización de los procesos de concentración, centralización y transnacionalización de la economía. Además, se incrementó la desindustrialización relativa, generándose un aumento de la desocupación y de la pobreza, especialmente a partir de 1998.

Este escenario planteó una serie de desafíos que originaron diversas respuestas, abriendo paso a la creación de instituciones nuevas para la producción pública de medicamentos, a la adaptación al entorno de las ya existentes y al intento de conformación de redes interinstitucionales con vistas a generar un mayor y mejor acceso a los medicamentos por parte de los sectores más vulnerables de la población. Conforme a lo precedente este trabajo se pregunta por el papel socialmente desempeñado por cuatro instituciones que realizan producción pública de medicamentos. Ellas fueron elegidas por su semejanza en la característica y fenómeno a estudiar, y porque al mismo tiempo presentan diferencias significativas que permiten su comparación.

La relevancia del tema desde el punto de vista de los estudios académicos radica en que ha sido poco explorado. Existen algunos trabajos más o menos recientes que toman en cuenta la política pública de medicamentos en Argentina efectuados desde el campo de la salud, entre otros los de Federico Tobar, los de Gustavo Porcel y los de Abel Freidemberg. También pueden encontrarse para el caso de Brasil artículos sobre la política nacional de medicamentos en ese país, los análisis de Marcus Tolentino Silva ilustran a este respecto. Al mismo tiempo, es importante considerar que en el relevamiento general de la literatura existente sobre el tema no se registran trabajos que analicen la historia de la producción pública de medicamentos en Argentina. Por todo lo anterior, el artículo puede considerarse un aporte al tema en cuestión.

El marco teórico conceptual adoptado es el que entiende que los medicamentos se diferencian de la mayoría de las mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado, razón por la cual los teoremas convencionales sobre el funcionamiento del mismo como mecanismo de regulación de la actividad económica suelen fracasar en este área. Los remedios son desde esta perspectiva un bien social y por eso, el sistema económico debería acercarse a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva por lo que el mercado debería ser reemplazado por un conjunto de instituciones y normas regulatorias.

Desde la teoría, la demanda de medicamentos depende de los precios y del modelo de regulación de los mismos que usa una determinada sociedad; de la regulación del ingreso per capita; del perfil epidemiológico de la población; de los modos de financiamiento que prevalecen en esa sociedad – cuánto del gasto es cubierto por la

seguridad social y cuánto por gasto directo de bolsillo; de factores culturales, como la actitud de la población frente a la automedicación y otros¹.

La desregulación y la concentración creciente desde la década de 1990 en el mercado de medicamentos conjuntamente con el aumento de un 127% en dólares en el valor unitario promedio de los productos farmacéuticos en medicina humana se convirtieron en causas que agravaron la situación sanitaria de millones de personas². Las políticas puestas en marcha, con avances y retrocesos, desde mediados de los setenta confían en el mercado como mejor asignador de recursos e identifican el concepto de equilibrio económico con la idea de bienestar. Sin embargo, la situación socioeconómica de fines de los noventa en adelante evidencia la incapacidad de las mismas para dar respuestas adecuadas a la solución de problemas sociales. Básicamente, en la reforma en el área de salud de los noventa no estaba presente una preocupación por la equidad, la integralidad de la atención o el acceso igualitario. Los impulsores de esta reforma no tenían en perspectiva una transformación con orientación universalista (Belmartino, 2005).

Es importante tener en cuenta que los criterios que permiten identificar las políticas más adecuadas en cuanto al diseño, modelo de intervención y agentes pueden estar dirigidos a toda la población (políticas universales) o a grupos específicos (políticas focalizadas). El origen de las políticas universales se sitúa en los prolegómenos de la segunda posguerra, pasando el concepto a ser expresión de los derechos sociales. En líneas generales, actualmente el motivo de intervención del Estado con este tipo de políticas está más orientado a corregir problemas en la asignación de recursos (ligados a la eficiencia) que a los de equidad (Belmartino, 2005). En el área de salud la necesidad y concurrencia al hospital determina la prestación.

Más recientes son las políticas focalizadas, ellas consisten en concentrar los recursos disponibles en una población de beneficiarios determinada a la que se pretende atender respecto a una necesidad insatisfecha con el objetivo de elevar el impacto. Desde esta perspectiva, la focalización está basada en la segmentación del mercado y en la consecuente necesidad de respuesta mediante una oferta adecuada al segmento al que interesa llegar. Uno de los argumentos más utilizados en pro de la aplicación de

¹ El tema de los factores que inciden en la demanda de medicamentos ha sido tratado particularmente por Katz y Miranda (1994) y por Katz, Arce, Feller, Pérez Arias y colaboradores (1993).

² Según análisis recientes sobre las responsabilidades del Estado en materia de salud pública, la deserción de éste de ciertas tareas de regulación y control - a cifras del 2001- comprometía un porcentaje irracionalmente elevado de un gasto total en salud (Porcel, 2001), financiado en su mayor parte como "gasto de bolsillo" de las personas. La salida de la convertibilidad implicó en los primeros meses del 2002 un incremento promedio de un 60% en el precio de los medicamentos. Según algunas estimaciones realizadas en el 2003 entre 15 y 18 millones de personas carecían de acceso a ellos por no poder pagarlos. En este aspecto los desequilibrios regionales también estaban presentes. Provincias como Jujuy, Formosa y Catamarca consumían menos medicamentos que el barrio de Palermo, de la Ciudad de Buenos Aires (www.forosalud.org.ar, 2003).

este tipo de políticas es que aumentan la eficiencia y la equidad en el gasto social, y que por ende profundizan la reducción de la pobreza. Esta perspectiva supone que la focalización de recursos en los más pobres es seguido por el denominado “efecto derrame”. No obstante, la aplicación de este enfoque en Argentina no ha tenido ese efecto y las críticas se han desarrollado en dos sentidos. En primer término, la evaluación acerca de si el gasto se ha orientado hacia los pobres y en segundo lugar, las dudas respecto de los resultados.

En el marco de esta investigación se han consultado un conjunto de fuentes integrado por estadísticas, publicaciones institucionales, entrevistas a informantes claves e investigaciones de autores que han trabajado sobre la evolución del sistema de salud y acerca del desarrollo de la industria farmoquímica en Argentina. Estos dos últimos aspectos son fundamentales para comprender el contexto en cual se realiza producción pública de medicamentos. Especialmente, si se toma en cuenta que este tipo de producción hasta donde se ha relevado sólo reconoce antecedentes en Brasil y en Argentina; no registrándose producción pública de remedios de estas características ni Europa ni en Estados Unidos.

Este artículo consta de cinco apartados. El primero y presente constituye una introducción al tema; el segundo, se concentra en el análisis de las transformaciones económicas que tuvieron lugar en las últimas décadas; el tercero, es una síntesis del desarrollo de la industria farmoquímica y del lugar ocupado por la producción pública de medicamentos en el sector de la salud en Argentina. Estos apartados adquieren relevancia en la medida en que desde la perspectiva de análisis de la historia económica los cambios en el contexto, los conocimientos acumulados y la formación de recursos humanos a lo largo de más de un siglo de industria farmacéutica en la Argentina fueron centrales en el desarrollo distintivo de este tipo de producción³. El cuarto apartado se centra en el análisis comparativo de la organización de la producción de remedios en las experiencias protagonizadas por la Sección Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas y del Laboratorio que funciona en el Hospital San Bernardino de Hurlingham; y en el estudio de la producción y distribución de medicamentos que lleva adelante el Laboratorio ELMETEC perteneciente a la Universidad Tecnológica Nacional y el Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Ciudad de Rosario (LEM) constituido en Sociedad del Estado⁴. Finalmente, en el último apartado se extraen algunas conclusiones.

³ Sobre la historia de la industria farmacéutica en Argentina pueden verse los trabajos de Pfeiffer y Camping (2002) y de Román (2008).

⁴ En Argentina la Ley 20.705 de 1974 ha establecido que son sociedades del Estado aquellas que, con exclusión de toda participación de capitales privados, constituyan el Estado Nacional, los Estados provinciales, los municipios, los organismos estatales legalmente autorizados al efecto o las sociedades que se constituyan en orden a lo establecido por la presente ley, para desarrollar actividades de carácter industrial y comercial o explotar servicios públicos.

2. Acerca de las transformaciones económicas de las últimas décadas

El proceso abierto durante la última dictadura militar implicó el comienzo de la desarticulación de mecanismos estatales presentes en la Argentina desde hacía décadas. Pero fueron finalmente las profundas transformaciones de los años noventa las que clausuraron una etapa de la historia argentina. Esa etapa se había caracterizado por la incorporación de los sujetos tanto material como simbólicamente a arenas colectivas (Cavarozzi, 2006) cuyos rasgos estructurantes habían sido la inclusión en espacios moldeados por las políticas sociales y laborales provenientes del Estado y la movilización política.

Hacia fines de la década de 1980 el avance de una ideología *liberal-conservadora* con una *visión privatista antiestatista poco matizada* (Damil y Frenkel, 1990) llevaron al convencimiento de que el único camino posible era una reforma profunda del Estado. Durante la década de 1990, los procesos simultáneos de apertura comercial, apreciación cambiaria y privatizaciones produjeron grandes transformaciones en el aparato productivo.

Las privatizaciones, institucionalizadas a través de dos leyes fundamentales⁵, pusieron fin al Estado Empresario, tal como se había conformado a partir de la segunda posguerra. Esto produjo la desaparición del Estado como empleador masivo de mano de obra en relación de dependencia (en el nivel nacional) y una profundización del proceso de desindustrialización relativa⁶ tal como se venía registrando desde mediados de la década de 1970. Esto significó un marcado descenso en la tasa de sindicalización, debido a la pérdida de empleos con relación de dependencia. Además, provocó que muchos trabajadores perdieran su pertenencia a una obra social.

Por otro lado, la implementación del Plan de Convertibilidad (Ley 23.928 de 1991) generó profundos desequilibrios estructurales a nivel del empleo y de la distribución de la riqueza. Este conjunto de factores tuvieron incidencia directa en el aumento de la desocupación y de la pobreza especialmente desde fines de los años noventa.

Según datos del INDEC en 1995⁷ la tasa de desocupación en el total de aglomerados urbanos se elevó al 18,4%, registró el mayor descenso en mayo de 1998 con un porcentaje del 13,2% y volvió a incrementarse en mayo de 2000 a un 15,4% hasta llegar a 21,5% en mayo de 2002 como consecuencia de la salida de la convertibilidad.

Junto con el convencimiento de que la única solución era una reforma profunda del Estado prosperó la idea que señalaba la necesidad de transformación de la política social. Como ha sido señalado las políticas públicas nacionales durante la década

⁵ Estas leyes son: Ley N° 23.696 de Reforma del Estado y Ley N° 23.697 de Emergencia Económica, ambas del año 1989 sancionadas bajo la presidencia de Carlos Menem,

⁶ La industria manufacturera redujo su participación en el PBN del 27,1% hacia mediados de la década de 1970 a sólo un 19,3% en 1999 (di Salvo y Román, 2009).

⁷ Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Evolución de las tasas de actividad, empleo, desocupación y subocupación. Total de aglomerados urbanos desde 1974 en adelante. Serie Histórica.

de 1990 no incluían consideraciones de equidad, de integralidad de la atención o de acceso igualitario. Estas políticas implicaron la focalización de los recursos.

Específicamente en el área de salud los efectos de la Reforma del Estado fueron muy significativos y contribuyeron a la regresividad de estos indicadores sociales. Hasta aquí se ha presentado un contexto en donde se ponen en evidencia la existencia de importantes necesidades en materia social.

3. Sector farmacéutico, producción pública de medicamentos y sistema de salud en Argentina: una síntesis.

Es importante destacar en primer término que la industria farmoquímica de nuestro país reconoce orígenes desde fines del siglo XIX y principios del siglo XX, y que por lo tanto cuenta con gran cantidad de conocimientos adquiridos a lo largo de más de un siglo de desarrollo. Estos son fundamentales, pues hacen a la morfología del sector y contribuyen al análisis del mismo.

A comienzos del siglo XX algunos laboratorios internacionales operaban en el país, lo hacían sobre la base de establecimientos que empezaron siendo casas comerciales de importación y distribución de productos. Es por esto que durante años tuvieron gran significación comercial, pero no así industrial. Paralelamente, farmacéuticos y químicos y/o bioquímicos que desarrollaban remedios a partir de recetas magistrales en sus boticas iniciaron la actividad de manera industrial⁸.

En los años veinte el conjunto del sector industrial tuvo un desempeño significativo. Desde 1921 hasta 1930 entraron al país cuarenta y tres grandes empresas, de ellas el mayor número se concentró en las ramas de productos químicos, metales y artículos eléctricos (Villanueva, 1972).

El ritmo de la sustitución de importaciones de productos medicinales terminados, en Argentina, fue relativamente rápido en comparación con otros países de América Latina (Román, 2008). Sin embargo, la mayor parte de las drogas y principios activos básicos se importaban.

Al promediar la década de 1940 se inició la fabricación de antibióticos a nivel local, en esos años se habían comenzado algunas exportaciones de remedios hacia América Latina (Román, 2008). La revolución en materia de antibióticos que se produjo a nivel mundial en esa misma década (producción en escala de penicilina) provocó la paulatina desaparición del farmacéutico profesional minorista, fenómeno que adquirió relevancia local a principios de la década de 1950.

Simultáneamente al desarrollo del sector farmoquímico antes descripto, fue surgiendo la preocupación del Estado sobre la producción de remedios. Es así como los orígenes de la producción pública de medicamentos pueden rastrearse en el contexto de la Primera Guerra Mundial. En ese entonces se habían generado algunos problemas en el

⁸ Estos datos surgen de la revisión de los ejemplares de "Revista Farmacéutica" desde 1858 hasta 1930.

abastecimiento de medicamentos y debido a esto el gobierno nacional creó el Instituto Bacteriológico⁹, en él se fabricaban algunos productos medicinales. Tiempo después, a mediados de los años cuarenta, esta preocupación se hizo nuevamente presente, en esa oportunidad estuvo ligada a las transformaciones que se fueron produciendo en la estructura del sistema de salud. En el primero y en el segundo gobierno peronista (1946 – 1955) el Estado avanzó en el control de la Salud Pública, quitándole la administración de los hospitales a las Sociedades de Beneficencia y articulando una centralización normativa que adecuó, unificó y tipificó los procedimientos, mecanismos y servicios para todo el país. Se instaló la noción de salud pública.

En lo que respecta a producción de remedios específicamente, es importante destacar que en 1947 el Estado de la provincia de Santa Fe instaló una especie de fábrica de medicamentos que se denominó Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), nombre con el cual se consolidó y trascendió a la opinión pública.

Después de la caída del peronismo en 1955, se abrió una etapa caracterizada por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud. De hecho, la transferencia de hospitales públicos de la esfera nacional a la provincial sin el correspondiente soporte técnico y financiero, produjo un quiebre en la hegemonía estatal nacional de la oferta de servicios (di Salvo y Román, 2009).

En lo que respecta al sector farmacéutico, en las décadas del sesenta y del setenta las compañías de capital nacional se aprovisionaban de materias primas importándolas fundamentalmente de países que no reconocían patentes de invención como Hungría, Italia y España. Las firmas de capital nacional se beneficiaron del marco regulatorio e institucional que establecía la Ley 111 de patentes de invención de 1864 (Bisang, Burachik y Katz, 1995; Katz, 1974).

Con relación al sistema de salud, la segunda mitad de la década de 1960 constituye la etapa en la cual comenzó a expandirse el sistema de Obras Sociales. Éste transitó de la voluntariedad a la obligatoriedad de afiliación. Durante la década del setenta se asistió a un veloz desarrollo del sector prestador privado y a una creciente debilidad fiscalizadora del sector público junto con su gradual desdibujamiento como efector de salud prestigioso y de calidad, son las características esenciales de este período en el que se desarrollaron la morfología y los patrones de comportamiento de los mercados de salud que existen en la actualidad (Katz, et al., 1993).

Como ya se ha mencionado, desde mediados de esa década comenzaron a consolidarse en el conjunto de la economía dos fenómenos: la concentración y la extranjerización creciente. La industria farmacéutica acompañó el ciclo de la concentración; pero, no así el de la extranjerización. En los años ochenta se produjo una significativa transferencia de líneas de productos de laboratorios multinacionales a laboratorios de capital nacional. A partir de la desregulación del sector en 1991

⁹ Este instituto se proveía gratuitamente de glándulas en los mataderos municipales y con ellas fabricaba sueros, vacunas y productos opoterápicos. La opoterapia es un procedimiento curativo por el empleo de órganos de animales crudos, de sus extractos o de las hormonas aisladas de las glándulas endocrinas.

tuvo lugar un movimiento inverso que dio como resultado que entre 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujera del 56,9% al 48,5% y simultáneamente la participación de las multinacionales se incrementara del 43,1% al 51,5% (CAEME, 2001). Según un informe de mediados de la década del 2000 de la Agencia Latinoamericana de Información (ALAI), un grupo de diez multinacionales controlaba en ese entonces el 58,4% del mercado mundial de medicamentos.

Ya en la década del noventa tres normas legales terminaron con muchos años de precios controlados en Argentina. Se dictaron en menos de 12 meses (entre fines de 1989 y fines de 1990); las tres resoluciones tuvieron un impacto liberalizador creciente y dieron como resultado un importante incremento en el precio relativo de los medicamentos y, asimismo, de la rentabilidad del sector farmacéutico. Con esto se suponía una ampliación de la oferta local de medicamentos que habría de actuar como elemento disciplinador de la conducta empresaria. Desde este punto de vista, se eliminaron las trabas a la importación y se bajaron los aranceles con el fin de aumentar la competencia existente en este mercado.

En el mes de enero de 1992 se dictó el Decreto N° 150, reglamentado en abril de ese mismo año. La finalidad del mismo era ampliar la oferta potencial de medicamentos y dejar que la libre elección del consumidor se transformara en el elemento regulador por excelencia en el mercado (Bisang, Burachik y Katz, 1995). Introducía en consecuencia varias modificaciones de importancia en la forma de registro de medicamentos, en la prescripción y expendio de los mismos, en la exportación de especialidades medicinales y otros productos de la industria farmacéutica, y en los aranceles de importación.

En este escenario, los laboratorios extranjeros aumentaron la presión para extender la vida útil de las patentes de invención y para elevar el grado de cobertura que las mismas alcanzaban internacionalmente (Bisang, Burachik y Katz, 1995). En 1996 se reglamentó la Ley 24572, ella establecía que las patentes no serían otorgadas antes de los cinco años de la publicación de dicha ley en el Boletín Oficial, vencido este plazo de transición se autorizaba a terceros que estuvieran haciendo uso del invento sin autorización del titular a continuar la explotación, abonando una retribución (Licencia Compulsiva Automática).

Argentina pasó ser de esta manera en el quinto país más caro del mundo en el precio de los medicamentos. Incluso por sobre algunos países europeos y a pesar de exportar una cantidad significativa de productos a países latinoamericanos a precios inferiores a los vigentes en el mercado interno. Esta situación se mantuvo con pocas oscilaciones hasta la devaluación del 2002¹⁰.

A valores del 2001, aunque el 97% del consumo correspondía a fabricación nacional, el mercado de medicamentos involucraba altas remesas al extranjero en concepto

¹⁰ Según datos suministrados por el Ex Director Nacional de Prestaciones Médicas (Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales), Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación. Período noviembre 2000 a octubre 2001, Dr. G. Porcel en entrevistas realizadas en los años 2004 y 2007.

de importación de insumos así como pago de regalías, tendencia que no ha sufrido modificaciones (di Salvo y Román, 2009).

Las reformas estructurales de los años noventa en el sistema de salud retomaron la política descentralizadora, observándose nuevamente el predominio de objetivos financieros. Asimismo, puede verificarse la existencia de algunos hospitales dotados de una estructura jurídica que permitió su descentralización en el nivel de unidad macroeconómica, esta política se prolongó en las disposiciones sobre hospitales de autogestión¹¹.

Se llegó entonces al siglo XXI con un sistema de salud no integrado, conformado por tres subsectores: el público (hospitales públicos), la seguridad social (obras sociales) y el privado (servicios médicos prepagos). Desde mediados de la década de 1990 la infraestructura pública de servicios ha soportado una demanda creciente de viejos y nuevos sectores en situación de vulnerabilidad ante la caída de la cobertura provista por el Sistema de Obras Sociales y la creciente desocupación que buscó refugio en el campo de la atención pública. Según datos del INDEC¹² para el año 1991 el 36,9% de la población total del país carecía de cobertura de obra social, plan médico o mutual. Para el año 2001 este porcentaje se había incrementado al 48,1%.

A su vez, se calcula que al promediar la primera década del siglo XXI más de la mitad de la población no tenía acceso a los denominados Medicamentos Básicos Esenciales (MBE). El tema de los medicamentos es arquetípico, pues contribuye a agravar la desigualdad en un área donde la inequidad ya estaba instalada. A datos del 2001 (Tobar, 2001), 18 millones de personas estaban fuera de cobertura y el 70% del gasto de medicamentos en ambulatorio era financiado como gasto de bolsillo.

¹¹ Esta medida de descentralización hospitalaria prevista en el Decreto 9/93 se puso en marcha a través del Decreto 578 de ese mismo año, que estableció la creación del Registro Nacional de Hospitales de Autogestión. Entre sus disposiciones, tiene relevancia la obligatoriedad del pago de los servicios recibidos por todas aquellas personas que son beneficiarios de obras sociales, mutuales o prepagos, a cargo de las respectivas organizaciones de cobertura. Debían financiarse con los fondos presupuestarios que les asignara la respectiva jurisdicción de acuerdo con la producción, el rendimiento y el tipo de población a cargo. Asimismo debían complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. Los ingresos extrapresupuestarios así percibidos serían administrados directamente por cada hospital (Belmatino, 2005). Sin embargo, merece destacarse que desde la perspectiva de algunos analistas el modelo autogestionario no llegó a consolidarse ya que el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada debido a la falta de pago por parte de las obras sociales y a la baja capacidad contributiva de los usuarios. Sostienen además que la reorganización y subcontratación repetidamente se desvirtuaron al carecer de un adecuado gerenciamiento (Cortes y Marshall, 1999).

¹² Porcentaje de población en hogares particulares sin cobertura de Obra Social plan médico o mutual por provincias en los años 1991 y 2001. Censo Nacional de Población y Vivienda, 1991. Procesamientos Especiales de la Dirección de Estadísticas Especiales y Censo nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Dirección Estadísticas Sectoriales.

Lo anterior contrasta con las cifras de medicamentos producidos localmente conforme a cifras del 2002. Según datos del INDEC de diciembre de ese año, la industria farmacéutica localizada en el país tenía un gran desarrollo. Su núcleo principal estaba formado por un lado, por aproximadamente 75 empresas entre las cuales estaban las de origen nacional (grandes y Pymes) y filiales de empresas multinacionales, y por otro, por laboratorios públicos de producción de medicamentos fundamentalmente para proveer a pacientes institucionales. Datos del 2001 indican que el monto total de la producción pública¹³ se estimaba en \$423 millones, lo cual correspondía al 7,1% del gasto total (Tobar, 2001).

Más de la mitad de la facturación estaba concentrada en una docena de empresas, aproximadamente un 24% era captado por las cuatro mayores y el resto por las ocho siguientes. En este segundo grupo se registraba más del 28% de la facturación total del año 2002, lo que significa un aumento del 2% respecto del año anterior. Las empresas restantes acumulaban prácticamente la mitad de la facturación total.

Este núcleo principal de empresas mostraba en el primer trimestre del 2002 una retracción considerable en el mercado interno, debido entre otras variables al aumento de precios de los medicamentos en un contexto de devaluación de la moneda, de ingresos familiares estáticos y de la puesta en vigencia de la Ley 25.649 de *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico* que intentó introducir la competencia por precio y no sólo por marca. Los datos relevados indican que la facturación total del primer trimestre del año 2004 superó a la de igual período de 2003 en 7,4%, a la de 2002 en 73,6% y a la del año 2001 en 52,7%¹⁴.

Finalmente, merece destacarse que en un mercado de competencia imperfecta como el analizado, la aplicación de la idea liberal del mercado como asignador eficiente de recursos se mostró insuficiente para resolver problemas originados en la inequidad distributiva que la propia implementación de este tipo de políticas contribuyó a generar.

4. Presentación y análisis de los casos

En este apartado se analizan cuatro casos de producción pública de medicamentos en Argentina. Se trata de dos secciones de hospitales y dos laboratorios¹⁵. Los dos

¹³ Esta producción se realiza en laboratorios de distintas provincias que producen o tienen capacidad para elaborar medicamentos. Se trata de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, San Juan, San Luis, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Salta, Mendoza, Formosa, Río Negro, Tucumán y Santa Fe.

¹⁴ INDEC/Informes de Prensa- Nota: Incluye las mayores empresas de la Industria.

¹⁵ En este apartado se analizan las entrevistas efectuadas entre el 2004 y el 2007 a los técnicos y profesionales de cuatro instituciones que realizan producción pública de medicamentos, y a la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario en el año 2007. Se trata del Farmacéutico / Mg. Pedro Cazes Camarero, Jefe de la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas (Año 2004), del Farmacéutico Pedro Holcman Director Técnico del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Municipalidad

hospitales están emplazados en zonas caracterizadas por el contraste, donde coexiste una población de ingresos medio/altos con otra pauperizada. En consecuencia son destinatarios mayoritariamente de los requerimientos en materia de salud de esta última.

En tanto que el Hospital Posadas tiene una historia prolongada de entrega gratuita de medicamentos a los pacientes internados y ambulatorios, el Laboratorio del Hospital de Hurlingham y el laboratorio de la Universidad Tecnológica Nacional (ELMETEC) son de reciente creación. El Hospital Posadas fue construido durante la Primera Etapa Peronista y se inauguró durante el gobierno de la autodenominada “Revolución Libertadora” en 1956. A partir de la crisis de diciembre de 2001 está administrado autogestivamente¹⁶. La producción de medicamentos propiamente dicha comenzó a realizarse en la década de 1980. Inicialmente, fabricaban productos clásicos de uso externo dermatológico y paulatinamente fueron introduciendo la elaboración de otras especialidades medicinales¹⁷ hasta llegar a las 150 fórmulas de uso externo y de uso interno que hacían al momento en el que se realizara la entrevista.

El Laboratorio del Hospital de Hurlingham se inauguró el 14 de febrero de 2003 y el proyecto de creación del mismo surgió a partir de los sucesos de diciembre de 2001. Momento en el que se agudizó la profunda crisis económica y política descrita en páginas anteriores y que derivó en un estallido social de gran magnitud. En ese contexto, el laboratorio provincial que los proveía interrumpió los envíos de medicamentos y los laboratorios privados no les vendían o pedían precios distorsionados. Comenzó produciendo cinco medicamentos y ya en el 2004 elaboraba 16 productos¹⁸.

Por su parte, ELMETEC surgió como un proyecto del rectorado de la Universidad Tecnológica Nacional (UTN) con el objetivo de elaborar y suministrar medicamentos para la comunidad a costos sustancialmente más económicos que los del mercado a través de convenios con los distintos municipios y de la venta de su producción

de Hurlingham, que funciona en el Hospital San Bernardino de esa localidad (2004), de la Farmacéutica Lucila Pats y del Sr. Claudio Padrón, Directora Técnica y Administrador respectivamente de ELMETEC dependiente de la Universidad Tecnológica Nacional (Año 2005); y de la Dra. Mónica Fein, Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (2007), de Sergio A. Maroevich, Coordinador General del LEM, del Dr. Juan Martín Müller, Director Técnico del LEM, de Leandro Dib, Jefe de Control de Calidad del LEM (Año 2007). Tres de esas instituciones se encuentran emplazadas en el conurbano bonaerense: la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas, ubicado en El Palomar (Partido de Tres de Febrero), el Laboratorio de Especialidades Medicinales que funciona en el Hospital San Bernardino de Hurlingham de jurisdicción municipal y El Laboratorio de Medicamentos Tecnológicos (ELMETEC) perteneciente a la Universidad Tecnológica Nacional localizado en General Pacheco (Partido de Tigre). La restante en la Ciudad de Rosario: es el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM). Para un análisis detallado de este laboratorio puede verse di Salvo y Román, 2009.

¹⁶ Las implicancias de la autogestión han sido referidas en el apartado anterior.

¹⁷ Entre ellos jarabes, diferentes tipos de comprimidos y gotas.

¹⁸ Entre ellos diferentes tipos de comprimidos, soluciones y suspensiones.

a instituciones comprometidas con un mejor acceso a los remedios por parte de la población más necesitada. El laboratorio se construyó con fondos del rectorado de la UTN y fue habilitado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 2000 y en el orden nacional por la ANMAT¹⁹ durante el 2001. Inicialmente, fabricaba cuatro productos. En abril del 2003 se produjo un cambio de autoridades, compartiéndose desde ese momento la responsabilidad entre el coordinador administrativo y una farmacéutica a cargo de la dirección técnica. Se le dio, entonces, nuevo impulso al laboratorio y al 2005 fabricaba ocho especialidades medicinales y contaba con once más en vías de aprobación.

El Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) está emplazado en la ciudad de Rosario, el edificio cuenta con unos 2000 metros cuadrados y posee dos plantas y un subsuelo. Su origen se diferencia de los casos anteriormente descriptos; data de principios de 1992, pero reconoce antecedentes en el Laboratorio del Hospital Clemente Álvarez y en la Droguería Municipal desde 1988. Desde sus primeros tiempos de funcionamiento el laboratorio fue autorizado para distribuir sus productos únicamente en los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario²⁰. Ya en 1997 por ordenanza municipal se constituyó en Sociedad del Estado, teniendo como único accionista al Estado municipal.

Desde la perspectiva de quien fuera la Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario Dra. Mónica Fein, la decisión de crear un laboratorio de producción pública de medicamentos “no se fundó en un hecho económico” remarcando, en este sentido, que la atención primaria de la salud se desarrolló profundamente y de manera diferente a como se estaban llevando a cabo las políticas públicas en materia de salud en el resto del país de ese entonces. Esto último refiere a la aplicación a nivel nacional de las políticas focalizadas más arriba analizadas. Sostuvo que en Rosario se trató de llevar adelante un proyecto enmarcado en el concepto integral de salud, muy unido al contexto donde la gente vive, sufre y se enferma²¹.

Este enfoque podría encuadrarse en la idea de “epidemiología social”, pues desde ella se analiza el campo de la salud y el proceso salud enfermedad como situaciones colectivas que encuentran su causalidad en las características de la estructura de la sociedad y en los atributos del proceso social. Desde esta concepción, las claves explicativas no están en las características individuales, sino en las condiciones

¹⁹ ANMAT – Institución creada en los noventa en reemplazo del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología. Se ocupa de la regulación de medicamentos, alimentos y tecnología médica y es, por lo tanto el órgano de contralor del sector.

²⁰ A principios de 1992 la Municipalidad adquirió el edificio de la calle Lavalle 368/370 en la ciudad de Rosario, comenzando las obras de configuración de la planta actual. En distintas etapas se fueron adecuando los diferentes sectores: sólidos (junio de 1993), líquidos y semisólidos (noviembre de 1994) y continuaron haciéndose soluciones parenterales de grandes volúmenes en otra planta. Cabe aclarar que las soluciones parenterales son soluciones inyectables para los pacientes más graves.

²¹ Cabe destacar que la Provincia de Santa Fe no tiene descentralizada la salud. Pero, Rosario contaba ya a fines de los ochenta y cuenta con hospitales que dependen del Municipio.

sociales, en las relaciones grupales, en los aspectos culturales y en los valores prevalentes en cada sociedad.

En la Sección Farmacia del Hospital Posadas y en el Laboratorio del Hospital de Hurlingham la producción pública significa un considerable ahorro presupuestario. Respecto de ELMETEC los medicamentos producidos por él tenían en el 2005 un valor de venta en el mercado de un 20% menos que los de los laboratorios privados.

La población que atienden mayoritariamente los hospitales corresponde a sectores en situación de vulnerabilidad. Según datos obtenidos en el Hospital Posadas, con anterioridad al 2001 se atendían allí a pacientes de recursos escasos y que carecían de Obra Social. Posteriormente, la situación se vio agravada porque importantes sectores de la clase media quedaron fuera del sistema de seguridad social y sin posibilidad de pagar un servicio médico prepago. Esto coincide con la elevación de la tasa de desocupación y con el aumento del porcentaje de personas bajo la línea de pobreza, que se amplió de manera más que considerable entre el 2001 y el 2003²². Si bien este hospital es prestador de PAMI y de varias Obras Sociales, el 95% de la actividad se realiza en forma gratuita.

De igual manera, en la farmacia del Hospital de Hurlingham también se registró una elevación de la demanda. A partir de la información brindada por el Director Técnico del Laboratorio pasaron de atender de 100 a 700 recetas diarias entre el 2001 y el 2004.

En cuanto a los destinatarios de la producción del LEM de Rosario la entrevistada informó que a mediados del 2007 el mismo representaba aproximadamente el 45% de lo que demandaba la atención primaria y alrededor del 20% de lo requerido por los hospitales. Por otro lado, el Coordinador General, el Director Técnico y el Jefe de Control de Calidad del Laboratorio remarcaron que desde el 2004 existe un acuerdo entre la Secretaría de Salud de Rosario y el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe por el cual el LEM intercambia productos con el laboratorio productor de fármacos de Santa Fe²³ que es provincial²⁴. El destino de estos productos son los hospitales provinciales.

²² Según cifras del INDEC (EPH – Series Históricas) el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza en el aglomerado GBA pasó del 32,7% en mayo del 2001 al 51,7% en mayo del 2003.

²³ Como ya se ha mencionado en 1947 el Estado de la provincia de Santa Fe instaló una especie de fábrica de medicamentos que se denominó Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF), nombre con el cual se consolidó y trascendió a la opinión pública. Se mantuvo funcionando hasta 1987 cuando la Honorable Magistratura de la provincia sancionó la Ley 10069 de creación oficial del LIF. En el año 1989 dejó de ser una División de la Dirección de Abastecimientos del Ministerio de Salud y por Decreto 2483 del Poder Ejecutivo pasó a tener el rango de Dirección General denominada Dirección General de Producción de Fármacos Medicinales. Durante los primeros años de la década del noventa se constituyó en Sociedad del Estado y mediante un decreto reglamentario de julio de 1999 se aprobaron los Estatutos de funcionamiento de la sociedad.

²⁴ En septiembre de 2004 se firmó un convenio marco entre la Municipalidad de Rosario y la provincia de Santa Fe que tuvo como objetivo aprovechar las capacidades instaladas de los

En cuanto a maquinarias, en términos generales, los dos hospitales contaban al momento de las entrevistas con una tecnología de mediados de los años cincuenta en adelante. En el Hospital Posadas el control de calidad se hacía con máquinas propias para este cometido: se trata de un cromatógrafo de la década de 1990. A diferencia de esto, en el Laboratorio de Hurlingham el control de calidad estaba tercerizado, el mismo se realizaba en el Laboratorio Central de la Provincia de Buenos Aires²⁵. ELMETEC sólo contaba en el 2005 con tecnología para elaborar comprimidos por compresión directa. Pero, poseía instalaciones que con equipamiento específico le permitían hacer líquidos y sólidos. En cuanto al control de calidad, al igual que en el caso de Hurlingham estaba tercerizado, lo realizaba el Colegio de Farmacéuticos de la Ciudad de Buenos Aires.

A su vez, el LEM a datos del 2007 contaba con una dispar tecnología según el sector de que se tratara. De todas formas, el sector más complejizado y donde se hizo la mayor inversión fue control de calidad, cuya tecnología tenía en el 2007 entre tres y cuatro años de antigüedad. El laboratorio contaba también con un sector de ingeniería y mantenimiento que desarrollaba un plan preventivo y correctivo. Pero, de todas maneras la tendencia es que el mantenimiento quede a cargo del fabricante; es decir que hay servicio de posventa que garantiza la calidad y el funcionamiento. En el área de control de calidad los instrumentos más calificados tenían ese sistema. No obstante, también se derivaban a otros laboratorios y al Colegio de Bioquímicos y Farmacéuticos de Buenos Aires cuando cuentan con los equipos requeridos o se encuentran abocados al desarrollo de nuevos productos y llevan adelante controles de calidad ligados a la presentación de certificados en la ANMAT (di Salvo y Román, 2009).

Puede verse, entonces, que en los cuatro casos analizados las relaciones con las llamadas instituciones del “entorno” (universidades, unidades gubernamentales, corporaciones profesionales, entre otras) son muy significativas.

En este sentido, el Laboratorio del Hospital de Hurlingham tenía al momento de la entrevista una asesoría externa que provenía del Laboratorio de Producción Pública de medicamentos instalado en la Ciudad de Bragado en la Provincia de Buenos Aires. De alguna manera en similar sentido, el Hospital Posadas solía consultar a la Cátedra de Farmacotecnia de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA. Esta vinculación con esa facultad se articulaba también por medio de otras dos formas. Un acuerdo para la formación de recursos humanos a través de pasantías de las cuales participaban jóvenes que estaban finalizando la carrera de Farmacia, por un lado; y por otro, un convenio a partir del cual ocho farmacéuticos clínicos trabajaban llevando los datos de las monodosis que se requerían en las salas. Garantizando, así, que el paciente recibiera su medicación; uno de ellos estaba orientado hacia el laboratorio de producción. Además, contaban con un convenio experimental piloto

laboratorios de producción pública LEM y LPFMSE – anteriormente LIF - para poder cubrir en forma más eficiente y efectiva la demanda de medicamentos de atención primaria de la salud pública.

²⁵ Este laboratorio es una importante institución donde se producen medicamentos, cuyo destino principal es el sistema de salud pública.

con la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UBA que hacía trabajo solidario con Centros Periféricos de Salud de la Capital Federal y del Gran Buenos Aires. La Cátedra los proveía gratuitamente de insumos y a cambio el Hospital devolvía medicamentos terminados. Por su parte, el Laboratorio de Hurlingham tenía en marcha algunos convenios con jurisdicciones como Malvinas Argentinas y Moreno, entre otras. En lo que se refiere a ELMETEC tenía un acuerdo con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por el cual el Laboratorio Central de esta provincia los proveía de insumos para que les fabricaran una serie de medicamentos. Luego, dicho Laboratorio los distribuía a los municipios; además, a datos del 2005 le habían propuesto al rectorado de la UTN del cual dependen establecer convenios de pasantías con otras universidades.

Respecto del personal empleado en los casos en cuestión, la información suministrada indica que en su conjunto la farmacia del Hospital Posadas empleaba en el año 2004 a 64 personas de las cuales más de la mitad correspondían al laboratorio. Además de contar con técnicos y auxiliares de farmacia tenían cierta cantidad de estudiantes que provenían de dos cursos oficiales que ellos mismos dictaban²⁶. En cambio, en Hurlingham el laboratorio es de pequeñas dimensiones; razón por la que la cantidad de empleados era en el 2004 sustancialmente menor y ascendía a 7 en total. Algo similar sucedía con ELMETEC, pues contaba con 5 empleados estables. Además, tenía personal de mantenimiento externo. Sin embargo, nuestra entrevistada manifestó que en diversas ocasiones hubieran requerido más cantidad de empleados.

Sobre el personal empleado, el LEM contaba en el 2007 con 55 trabajadores fijos y además tenía convenios de pasantías con diferentes Facultades de la Universidad Nacional de Rosario y de la Universidad de Concepción del Uruguay. El 60% del personal que trabajaba en el LEM para ese entonces tenía título universitario o terciario (di Salvo y Román, 2009).

En este aspecto cabe recordar que el personal empleado reviste interés más allá de la cantidad; pues las organizaciones generan, almacenan y administran una gran cantidad de información. Diariamente se despliegan rutinas tanto planificadas como ideadas por los trabajadores en su interacción diaria. Se destaca, entonces, el impacto de la competencia colectiva en la evolución organizacional y el potencial de conocimientos tácitos que se crean, circulan y aplican en los grupos de trabajo²⁷.

²⁶ Son los cursos de Auxiliar de Farmacia y Técnico en Farmacia que están validados por el Ministerio de Educación de la Nación.

²⁷ Consideramos a la firma o empresa como una organización dinámica y los procesos de aprendizaje como acumulativos. Los individuos dentro de una organización aprenden a resolver problemas a través de patrones estables de comportamiento (rutinas) y la repetición de procedimientos los capacita para reducir la complejidad de las decisiones individuales. Las rutinas se automatizan y se hacen parcialmente tácitas. Los actos rutinarios se acumulan en conocimientos y habilidades, generándose una memoria organizacional. Las rutinas con el tiempo se modifican debido a los esfuerzos deliberados que se realizan para resolver los problemas que se presentan y también como respuesta a los eventos aleatorios que enfrentan. Algunas de estas consideraciones pueden verse en Zarifian (1999).

Al mismo tiempo, es necesario resaltar el tema de la regulación en la producción y en el trabajo. En esta materia la ANMAT ha establecido una serie de normas de trabajo, denominadas buenas prácticas de manufactura (GMP), que reglan el funcionamiento del sector farmacéutico y tienden a alinearse con las normativas de las autoridades estadounidenses y europeas. En este sentido, en el Laboratorio de Hurlingham manifestaron que reúnen los requisitos operativos y de seguridad solicitados. En cambio, en el Hospital Posadas al momento de la entrevista estaban tratando de acercarse a dichas normas, las dificultades expresadas se centraban sobre todo en la parte edilicia. Respecto de ELMETEC, nuestros entrevistados afirmaron que de tener más presupuesto y personal especializado podrían cumplir sin dificultades con esas normas.

En lo que a calidad respecta, el aseguramiento de la misma es un tema central en la producción de remedios e implica tener en cuenta todas las etapas que intervienen en el proceso de elaboración de ellos. La ANMAT exige que se realice un estudio de biodisponibilidad comparada de los productos que tienen la ventana terapéutica más estrecha²⁸, porque son los de mayor interés farmacológico en relación a la bioequivalencia. En ellos es importante determinar la ausencia de efectos adversos por ineficacia o por intoxicación. Respecto a esto, el entrevistado sostuvo que en la mayoría de las instituciones que realizan producción pública no se elaboran remedios de ventana terapéutica estrecha, y en los que hacen este tipo de productos se estaría en condiciones de ajustarse a la norma. Ejemplo de esto, según él, es el Hospital Posadas.

En este aspecto, el LEM de Rosario obtuvo la aprobación provincial en el año 2002 y contó desde ese entonces con la certificación de las normas ISO 9001 – 2000. Los responsables de este laboratorio señalaron que esto representó una inversión importante, pues se proponían hacer medicamentos de calidad.

Por otro lado, los responsables de ELMETEC destacaron que participaban de una Red de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos organizada en su origen por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; también formaban parte de esta red la farmacia del Hospital Posadas y el Laboratorio del Hospital de Hurlingham. Siendo una de las propuestas la posibilidad de hacer compras conjuntas de insumos para obtener mejores precios y así reducir costos. Esta red adquirió tiempo después estatus nacional²⁹; respecto de ella, en el LEM de Rosario afirmaron que

²⁸ Los remedios suelen tener lo que se denomina efectos adversos. Éstos pueden ser de dos tipos: por intoxicación o por ineficacia. En relación a lo primero, el remedio tiene cierta capacidad tóxica. En muchos casos tiene muy cerca la dosis eficaz de la dosis tóxica. Estos son los que se llaman de ventana terapéutica estrecha. Los efectos adversos que ellos producen son muy peligrosos. En cuanto a los segundos, son remedios que no cumplen con los efectos esperados.

²⁹ La Red de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos generó un avance en su constitución el 13 de septiembre de 2007, pues además de los laboratorios que ya participaban se integraron formalmente a ella instituciones como el INTI, la SECyT y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA. Información extraída de

esto podría tener un impacto importante en cuanto al intercambio de experiencias por la posibilidad que otorga de influir sobre la decisión política en la coordinación de la producción pública. Y porque también permite juntar fuerzas para plantearle al Estado que intervenga en este proceso, destacaron entonces la necesidad de un relevamiento de datos sobre la capacidad instalada de cada uno de los laboratorios de la red para llevar adelante algún proceso de articulación.

Asimismo, plantearon algunas dificultades vinculadas con la gran disparidad en infraestructura y en tecnología que hay en los laboratorios. No todos pueden obtener una habilitación a nivel nacional otorgada por la ANMAT y así estar en igualdad de condiciones para especializarse en determinados medicamentos y producir intercambios entre ellos. En tal sentido, los entrevistados en el LEM de Rosario resaltaron la irracionalidad existente en que todos los laboratorios de producción pública fabriquen las mismas especialidades y en pequeña escala (di Salvo y Román, 2009).

Esta Red de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos se encuentra entonces limitada por una serie de factores. Entre ellos es posible señalar cuestiones relativas a la propia conformación de la red y a elementos exógenos. Respecto de las primeras, ella se ha constituido de arriba hacia abajo. Es decir, no desde una necesidad de las instituciones que hacen producción pública de remedios, sino a partir de una iniciativa de las autoridades estatales. Esto se evidencia a partir de lo más arriba mencionado respecto a la manera en que la red se constituyó, condicionando la forma de participación y la implicancia relativa de las instituciones que realizan producción pública de medicamentos.

Con relación al segundo punto, la existencia de una autoridad regulatoria débil en el marco de un mercado tan concentrado atenta contra sus posibilidades de desarrollo. Pues ellas están ligadas al papel que cumple el Estado en lo que a regulación se refiere, aspecto señalado en las diversas entrevistas.

En líneas generales, sobre este tema la comparación con el Estado de Brasil suele estar presente. Este país se encuadró en la resolución adoptada por la 56° Asamblea de la OMS en mayo de 2003 que pide a los países “adaptar sus legislaciones para aprovechar la flexibilidad contenida en el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual y Comercio”³⁰. Es decir que por razones de emergencia sanitaria, un país puede fabricar por su cuenta medicamentos ya patentados o importar copias de medicamentos patentados de países que los produzcan a menor precio; provocando una presión bajista en el precio final de los medicamentos que producen los laboratorios privados. Esta función de regulación de precios en el mercado por parte de un laboratorio de producción pública fue enfatizada por los responsables del LEM de Rosario, ellos señalaron que cuando este laboratorio se presenta en licitaciones públicas logra que

Revista del Instituto de Tecnología Industrial (INTI), Octubre de 2007. Versión Digital - Páginas 1 a 3. Disponible a mayo 2009.

³⁰ Lipcovich, Pedro “Un freno a los laboratorios”, en *Página 12*, 28 de mayo de 2003. Versión Digital.

los laboratorios privados que participan de ellas reduzcan el precio ofertado. Es por esto que el accionar del LEM es muy importante como mecanismo de regulación del mercado (di Salvo y Roman, 2009).

Si bien el Estado argentino fabrica una cantidad relativamente significativa de medicamentos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación como las descritas anteriormente. En este sentido, cabe mencionar que en nuestro país la demanda de remedios no está totalmente dispersa, pues existen ciertos grandes compradores que podrían ejercer un rol oligopsónico³¹ y aprovechar, así, su capacidad de gran comprador para fijar los precios en un nivel razonable.

5. Algunas conclusiones

En el comienzo nos preguntamos acerca del papel socialmente desempeñado por cuatro instituciones que realizan producción pública de medicamentos en Argentina. La selección realizada se vinculó con la semejanza en la característica y fenómeno a estudiar, por un lado; y por otro, con las diferencias significativas que permitieron la comparación de las instituciones analizadas. Nos encontramos entonces ante la existencia de formas alternativas de producción y distribución de medicamentos. En este sentido, se asistió a la creación de instituciones nuevas para la producción pública de medicamentos, a la adaptación al entorno de otras ya existentes y al intento de conformación de redes interinstitucionales con el objetivo de posibilitar un mayor y mejor acceso a los remedios por parte de los sectores más vulnerables de la población. La existencia de una Red de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos a nivel nacional - aún con sus limitaciones en cuanto a la debilidad de la autoridad regulatoria en un mercado muy concentrado – podría generar la coordinación de capacidades que potenciarían el impacto favorable de la misma.

Como hemos puesto de manifiesto en las páginas anteriores los medicamentos son una mercancía diferente del resto, pues constituyen un bien social. Desde esta perspectiva, la existencia de un marco regulatorio estatal que garantice la llegada a la población de remedios a un costo razonable, no es menor. Ante la ausencia de este tipo de regulación y el deterioro creciente de las condiciones de vida de las personas, especialmente después de 1998, se pusieron en marcha algunas acciones para tratar de modificar la realidad existente. En este escenario se inscribieron fundamentalmente tres de los casos presentados: la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas, el Laboratorio de Especialidades Medicinales que funciona en el Hospital San Bernardino de Hurlingham de jurisdicción municipal y ELMETEC de la UTN.

En el caso del LEM de Rosario, si bien su existencia también fue fundamental en la coyuntura más grave de la crisis, su creación se diferencia de las otras tres instituciones analizadas porque formó parte del despliegue de una política pública enmarcada en un concepto integral de salud, de corte universalista.

³¹ En Argentina, esta función podría ser ejercida por PAMI.

Respecto de esta cuestión, se ha puesto de manifiesto la existencia de pensamientos divergentes en cuanto a definiciones políticas en materia de salud pública. Se han analizado entonces los ejes fundamentales tanto de las políticas públicas universales y como de las políticas públicas focalizadas. Los criterios para definir las políticas más pertinentes en cuanto al diseño, modelo de intervención y agentes pueden estar dirigidos al conjunto de la población (políticas universales) o a grupos específicos (políticas focalizadas). Sin embargo, a partir del análisis precedente sobre producción pública de medicamentos es dable pensar que la articulación de estos dos tipos de políticas puede generar resultados favorables conforme al contexto de aplicación de las mismas y a los objetivos propuestos.

Referencias Bibliográficas

- Bisang, R.; Burachik, G. y Katz, J. (1995). *Hacia un nuevo modelo de organización industrial*, Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Belmartino, S. (2005). *La Atención Médica Argentina en el siglo XX*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- CAEME - Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (2001). *Evolución del Mercado Farmacéutico Argentino (1980-2000)*. Informe trimestral XXXVII. Buenos Aires.
- Cavarozzi, M. (2006). *Autoritarismo y Democracia*. Buenos Aires: Ariel.
- Cortés, R. y Marshall, A. (1999). Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90. *Desarrollo Económico*, 154 (39), 197-204.
- Damill, M. y Frenkel, R. (1990). *Malos tiempos. La economía argentina en la década de los ochenta*. Documento Cedes N° 34. Buenos Aires: CEDES.
- di Salvo, M. T. y Román, V. (2009). La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario, *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED)* N° 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- _____. (2002). *Producción de medicamentos y salud pública durante la Primera Etapa Peronista*. Ponencia presentada en la XVIII Jornadas de Historia Económica. Mendoza. Disponible en <http://www.aahe.fahce.unlp.edu.ar>.
- Katz, J. (1974). *Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales. La Industria Farmacéutica Argentina*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Katz, J.; Arce, H.; Feller, J.; Pérez Arias, E. y colaboradores (1993). *El Sector Salud en la República Argentina: Su estructura y Comportamiento*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Katz, J. y Kosacoff, B. (1989). *El proceso de industrialización en la Argentina: evolución, retroceso y prospectiva*. Buenos Aires: CEAL.

- Katz, J. y Miranda, E. (1994). Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación. *Revista de la CEPAL*, 54, 7-25.
- Pfeiffer, A. y Campins, M. (2002). *Cien años de industria farmacéutica en la Argentina (1900-2000)* Secretaría de Investigación CBC. Universidad de Buenos Aires.
- Porcel, G. (2001). *Modelo neoliberal, medicamentos y política*. Buenos Aires: Mimeo.
- Román, V. (2008). *Entre la farmacia, la industria y la academia. La construcción histórica del campo profesional de los farmacéuticos en Argentina. Desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX*. Tesis de Maestría en Historia. Universidad Torcuato Di Tella.
- Tobar, F. (2001). *Acceso de los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas*. (Documento de Trabajo N° 10). Buenos Aires: PIA-ISALUD.
- Villanueva, J. (1972). El origen de la industrialización argentina. *Desarrollo Económico*, 47 (12), 462-464.
- Zarifian, P. (1999). *El modelo de competencia y los sistemas productivos*. Montevideo: Cinterfor.