

Índice

Presentación:

María Teresa di Salvo7

Dossier: Industria farmacéutica en Argentina

Alcances y restricciones de la producción pública
de medicamentos en Argentina (2002-2015)

Guillermo Martín Santos19

Producción estatal de medicamentos
en la Argentina del siglo XXI

Rosana Abrutzky, Cristina Godio y Cristina Bramuglia59

La industria farmacéutica argentina
y su entorno socio-económico

Mónica Campins y Ana Pfeiffer.....91

Artículos

A trajetória do BCHASP/Banespa: de banco
do café ao banco de Estado (1909-1939)

Fábio Rogério Cassimiro Corrêa.....137

Ernesto Tornquist y el proyecto de
unificación de deudas de 1901

Agustina Vence Conti173

Mar del Plata, el “mercado inmobiliario
del ocio”. La industria de la construcción
entre 1930 y 1981

Víctor Pegoraro213

Reseñas

Hora, Roy y Losada, Leandro, *Una familia de la elite argentina: los Senillosa, 1810-1930*, Buenos Aires, Prometeo, 2015.

Tomás Chami Rouvroy257

Lluch, Andrea (ed.), *Desarrollo, políticas públicas e instituciones: la experiencia de La Pampa en una visión de largo plazo*, Ed. UNLPam, Colección Libros Académicos de Interés Regional, Santa Rosa, 2016.

Hernando Arbelo.....261

Normas para publicación265

Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015)

Guillermo Martín Santos¹
(UNQ-UNLu - CONICET)

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar la trayectoria de la producción pública de medicamentos en la Argentina, desde la declaración de la emergencia sanitaria en el año 2002 hasta la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) en el año 2015.

Interesa sobre todo analizar los alcances y restricciones que tuvo la producción pública de medicamentos en relación con la política más general de medicamentos, implementada por el Gobierno Nacional entre los años 2002 y 2015.

La reconstrucción analítica de esta trayectoria socio-histórica y socio-técnica aportará una mejor comprensión del proceso de co-construcción de tecnologías, normativas, ideologías, políticas públicas y dinámicas de desarrollo tecno-productivo, y ofrecerá nuevas explicaciones acerca del funcionamiento/no funcionamiento de las políticas públicas implementadas para solucionar problemas sociales vinculados al acceso de la población a medicamentos.

Se sostiene en este artículo que la política pública no constituye sólo el ejercicio de una voluntad política vertical y centralizada, sino que es más bien el resultado del alineamiento y coordinación de un conjunto heterogéneo de elementos que se vinculan horizontalmente y que permiten que esa política se consolide o desestabilice.

Este artículo se enmarca en un abordaje que combina herramientas de análisis de la sociología constructivista de la tecnología y la economía del cambio tecnológico. La capacidad descriptiva y explicativa de un abordaje de este tipo deriva de la posibilidad de generar una reconstrucción analítica de las complejas relaciones entre usuarios y herramientas, actores y artefactos, instituciones y sistemas tecno-productivos, ideolo-

¹ Investigador del Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IESCT) de la Universidad Nacional de Quilmes y docente de la Universidad Nacional de Luján.

gías y conocimientos tecnológicos, donde, en el mismo acto en que se diseñan y aplican socialmente las tecnologías, se construyen tecnológicamente órdenes jurídico-políticos, organizaciones sociales y formas de producción de bienes y servicios.

Palabras clave

Producción pública de medicamentos; política pública; alianzas socio-técnicas

Scope and restrictions of the public production of medicines in Argentina (2002-2015)

Abstract

The objective of this article is to analyze the trajectory of the public production of medicines in Argentina, from the declaration of the sanitary emergency in the year 2002 until the creation of the National Agency of Public Laboratories (ANLAP) in the year 2015.

It is particularly interesting to analyze the scope and restrictions of public drug production in relation to the more general policy of medicines implemented by the National Government between 2002 and 2015.

The analytical reconstruction of this socio-historical and socio-technical trajectory will provide a better understanding of the process of co-construction of technologies, norms, ideologies, public policies and dynamics of techno-productive development, and will offer new explanations about the working/non-working of the public policies implemented to solve social problems related to the population's access to medicines.

It is argued in this article that public policy is not only the exercise of a vertical and centralized political will, but rather is the result of the alignment and coordination of a heterogeneous set of elements that are linked horizontally and that allow that policy to be consolidate or destabilize.

This article is part of an approach that combines tools of analysis of the constructivist sociology of technology and the economics of

technological change. The descriptive and explanatory capacity of such an approach derives from the possibility of generating an analytical reconstruction of the complex relationships between users and tools, actors and artifacts, techno-productive institutions and systems, ideologies and technological knowledge, where, in the same an act in which technologies are designed and applied socially, technological-legal orders, social organizations and forms of production of goods and services are built technologically.

Key words

Public production of medicines; public policy; socio-technical Alliance.

Introducción

El acceso a medicamentos constituye un problema que ha adquirido relevancia dramática a partir de la crisis política, económica, social y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001. A partir de la declaración de la emergencia sanitaria nacional, según el decreto n° 486/02, en el año 2002, el Estado Nacional implementó un conjunto de medidas para garantizar que la población pudiera acceder a ellos. Como parte de estas medidas, la producción pública de medicamentos fue adquiriendo una importancia estratégica relevante, no sólo como una forma de mejorar las condiciones de acceso de la población a medicamentos, sino también como una forma posible de desarrollar capacidades locales de investigación y producción de medicamentos. El objetivo de este artículo es analizar la trayectoria de la producción pública de medicamentos en la Argentina, desde la declaración de la emergencia sanitaria en el año 2002 hasta la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) en el año 2015.

Interesa sobre todo analizar los alcances y restricciones que tuvo la producción pública de medicamentos en relación con la política más general de medicamentos, implementada por el Gobierno Nacional entre los años 2002 y 2015.

La reconstrucción analítica de esta trayectoria socio-histórica y socio-técnica aportará una mejor comprensión del proceso de co-cons-

trucción de tecnologías, normativas, ideologías, políticas públicas y dinámicas de desarrollo tecno-productivo, y ofrecerá nuevas explicaciones acerca del funcionamiento/no funcionamiento de las políticas públicas implementadas para solucionar problemas sociales vinculados al acceso de la población a medicamentos.

A diferencia de un análisis tradicional, que involucraría observar solamente las líneas de producción, la matriz de costo y los canales de comercialización de sus productos con la finalidad de medir eficacia y eficiencia, en este trabajo se pretende mostrar que el funcionamiento/no-funcionamiento de la producción pública de medicamentos depende de un conjunto heterogéneo de actores institucionales que se vinculan en forma autogenerada a los fines de configurar alianzas a favor y en contra. En este sentido, se sostiene que la política pública no constituye sólo el ejercicio de una voluntad política vertical y centralizada, sino que es más bien el resultado del alineamiento y coordinación de un conjunto heterogéneo de elementos que se vinculan horizontalmente y que permiten que esa política se consolide o desestabilice.

Dos conceptos articularán el análisis de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos: funcionamiento/no funcionamiento y alianza socio-técnica.

El “funcionamiento” o “no-funcionamiento” de un artefacto, política o sistema productivo es el resultado de un proceso de co-construcción socio-técnica en el que intervienen, normalmente de forma auto-organizada, elementos heterogéneos: condiciones materiales, sistemas, conocimientos, regulaciones, financiamiento, prestaciones, etc. Supone complejos procesos de adecuación de respuestas/soluciones a concretas y particulares articulaciones socio-técnicas históricamente situadas.

Por su parte, este análisis del funcionamiento o no funcionamiento de una política o sistema socio-productivo, como el de la producción pública de medicamentos, se complementa analíticamente con el concepto de alianza socio-técnica. Una alianza socio-técnica es una reconstrucción analítica de una coalición de elementos heterogéneos implicados en el proceso de construcción de funcionamiento/no funcionamiento de una tecnología (de artefactos, de procesos productivos o de organizaciones y sistemas socio-técnicos). En otros términos, una alianza socio-técnica

constituye un movimiento de alineamiento y coordinación de: artefactos, ideologías, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos, condiciones ambientales, materiales, etc. que viabilizan o impiden la estabilización de la adecuación socio-técnica de una tecnología y su funcionamiento.

Este trabajo se compone de cuatro secciones. En la primera sección, a continuación, se realizará un análisis sintético del estado de la cuestión sobre la producción pública de medicamentos. Luego, en la segunda sección, se presentará un mapa sectorial de la producción pública de medicamentos, lo que permitirá evaluar la importancia relativa de los laboratorios públicos entre los años 2002 y 2015, en términos regionales, jurisdiccionales y normativos. La tercera sección de este trabajo analizará la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos, enfatizando sus alcances y restricciones en el período considerado en este artículo. Se argumentará que el acceso de la población a medicamentos fue significado de distintas maneras por distintos grupos de actores (Ministerio de Salud de la Nación, organismos de control, laboratorios públicos elaboradores de medicamentos, laboratorios privados, cámaras empresariales, grupos de opinión, etc.) y en función de esta flexibilidad de interpretaciones se diseñaron e implementaron distintas soluciones.

Finalmente, la cuarta sección corresponde a las conclusiones. Se enfatizarán los alcances y limitaciones de la producción pública de medicamentos en el período considerado y se sostendrá que la producción pública de medicamentos no funciona sólo porque resuelve problemas puntuales vinculados a garantizar el acceso de la población a medicamentos, sino porque las alianzas en las cuales se insertan son eficientes en la generación de procesos de cambio y desarrollo social. Así, la política pública no es el resultado de una decisión racional, sino de la acción de actores heterogéneos dispuestos en distintas configuraciones institucionales, en las que adquieren función y sentido.

Estado de la cuestión

Desde el punto de vista de los estudios académicos, el tema de la producción pública de medicamentos ha sido poco desarrollado en la Ar-

gentina. Existen algunos trabajos más o menos recientes que han abordado el tema desde distintos campos disciplinares. Así, por ejemplo, pueden citarse a Ignacio Katz² y Ginés González García³ desde los estudios sociales de la salud; y a otros académicos que han aportado interesantes reflexiones desde el campo de la Historia económica y de la economía de la salud, entre ellos pueden citarse a Federico Tobar⁴; María Teresa di Salvo y Viviana Román⁵; Daniel Maceira⁶; Cristina Bramuglia, Cristina Godio y Rosana Abrutzky⁷; Karina Ramacciotti y Lucía Romero⁸, entre otros.

Estos trabajos, aunque coinciden en general acerca de la importancia estratégica que la producción pública de medicamentos tiene dentro de las políticas de salud, presentan algunas divergencias en cuanto al sentido de la producción pública, su orientación y las estrategias consideradas relevantes para su promoción e implementación.

² Katz, Ignacio, *La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.

³ González García, Ginés y otros, *Medicamentos: salud, política y economía*, ISALUD, Buenos Aires, 2005.

⁴ Tobar, Federico, “Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas”, en: *Boletín Fármacos*, vol. 5, n° 4, 2002. Y Tobar, Federico, “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar en Argentina”, en: *Banco Interamericano de Desarrollo-Departamento de Desarrollo Sostenible*, Nota Técnica, Washington D.C., 2004.

⁵ di Salvo, María Teresa y Román, Viviana, “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, en: *Anuario CEEED*, n° 1, Año 1, 2009, pp. 134-180. Román, Viviana y di Salvo, María Teresa, “La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis”, en: *SaberEs. Revista de Ciencias Económicas y Estadística*, n° 2, 2010.

⁶ Maceira, Daniel y otros, “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”, en: *Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga*, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010.

⁷ Bramuglia, Cristina, Abrutzky, Rosana y Godio, Cristina, “La producción pública de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades”, en: *Realidad Económica*, n° 266, Buenos Aires, 2012, pp. 8-26.

⁸ Ramacciotti, Karina y Romero, Lucía, “Capacidades de investigación y regulaciones estatales sobre medicamentos en la Argentina (1946-2014)”, en: *IX Jornadas de Sociología de la UNLP*, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina.

La consideración del carácter estratégico de los medicamentos, en cuanto constituyen bienes indispensables para la recuperación de la salud de las personas y por lo tanto no puede estar su disponibilidad sujeta a las orientaciones del mercado como articulador de la producción, constituye un punto central en todos los trabajos sobre producción pública de medicamentos. Así, por ejemplo, en un trabajo titulado “Política actual de medicamentos en nuestro país: un análisis del Programa Remediar”⁹ los profesionales de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires señalan que las políticas implementadas por el Estado a instancias de los organismos internacionales de crédito en el área de salud durante los años noventa tuvieron como objetivo no el de cumplir con la necesidad sanitaria de la población, sino con las reglas de mercado, y que estas políticas conllevaron el deterioro de la salud, que de ser un derecho social universal, pasó a ser un bien a procurarse individualmente.

La política de compras del Estado argentino a partir de la crisis sanitaria del 2002, como por ejemplo la implementada para proveer al Plan Remediar, continuó un modelo sanitario de dependencia que predominó en las políticas de salud del Estado nacional durante la década de 1990. Frente a esto se propone en el mencionado trabajo impulsar la producción pública de medicamentos como una política soberana estratégica, construida sobre bases científicas y con un criterio social.

En este mismo sentido, Martín Isturiz sostiene que la salud es un derecho y el medicamento –antes que una mercancía– constituye un bien social. En un artículo publicado en Voces en el Fénix en el año 2011 destaca que las políticas nacionales de los últimos cuarenta años se focalizaron en el abastecimiento de medicamentos a la población a través de la compra de los mismos y no a través de la producción pública¹⁰.

Para Isturiz esta política de compra se fundamenta en una mirada corta del problema, dado que la industria privada no se rige por estructu-

⁹ Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, “Política actual de medicamentos en nuestro país: un análisis del Programa Remediar”, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2005.

¹⁰ Isturiz, Martín, “La producción estatal de medicamentos en argentina”, en: *Voces en el Fénix*, n° 17, 2011, disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/17.pdf>

ras de costos sino por valores de mercado que impactan significativamente en el presupuesto público, y agrega que no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, pero de escasa rentabilidad, como los medicamentos huérfanos¹¹.

El tema de la industria farmacéutica privada y su relación con el Estado –conflictiva o complementaria, según la perspectiva– forma parte de las discusiones sobre la viabilidad de la producción pública y su posible orientación estratégica. Así, por ejemplo, Cristina Bramuglia, Cristina Godio y Rosana Abrutzky describen las características generales y específicas de la industria farmacéutica en Argentina durante los años 2001-2012 y el lugar que la producción pública de medicamentos tiene en ella. Las autoras señalan que la producción pública de medicamentos tuvo en el año 2011 una participación relativa en el conjunto de la producción farmacéutica argentina cercana al 15% en términos de su valor de producción y agregan un dato que no es menor: la producción pública abastece un segmento del mercado farmacéutico constituido por más del 50% de la población sin cobertura, excepto el provisto por el sistema público de salud. En este sentido, las autoras destacan la importancia de impulsar la producción pública de medicamentos, dado que constituyen “bienes meritorios” que mejoran la calidad de vida de la sociedad y la necesidad de proveerlos a población sin cobertura¹².

Para ello, recomiendan el diseño de un programa coordinado interinstitucional para promover la investigación y desarrollo de medicamentos huérfanos, esenciales y de tratamientos de enfermedades endémicas.

La industria farmacéutica en general, y la producción pública de medicamentos en particular, es analizada también por Viviana Román y María Teresa di Salvo, quienes incluyen una perspectiva proveniente del campo disciplinar de la Historia económica, y sus conclusiones son construidas a partir de los datos que las autoras relevan en cuatro estudios de casos.

En términos generales, las investigadoras sostienen que 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

¹¹ Ibidem, p. 113.

¹² Bramuglia, Cristina, Abrutzky, Rosana y Godio, Cristina, op. cit.

situación sanitaria de millones de personas, y en este contexto se consolidaron formas alternativas de producción y distribución de medicamentos desde la esfera pública con el objeto de generar un mayor y mejor acceso a los medicamentos.

Al igual que en los trabajos anteriormente mencionados, las autoras entienden que los medicamentos se diferencian de la mayoría de las mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado, y asumen la perspectiva que considera al medicamento como un bien social. En tal sentido, proponen que las instituciones y normas regulatorias deben acercarse a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva que reemplace la lógica del mercado. Si bien, señalan las autoras, el Estado argentino fabrica una cantidad relativamente significativa de medicamentos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación que impacten positivamente en una política de producción pública de medicamentos¹³.

Conclusiones similares en cuanto a la necesidad de coordinación interinstitucional y adecuación normativa son presentadas por Daniel Maceira y un equipo interdisciplinario de investigadores. Su trabajo se inserta en una problemática más general acerca de cómo identificar las decisiones y las herramientas de intervención que toma el Estado dentro del sector de la salud para que éstas sean adecuadas en términos de equidad social y eficacia asignativa.

Sintéticamente, los autores ponen de manifiesto que un importante porcentaje del gasto de bolsillo de las familias dedicado al cuidado de la salud a partir de mediados de los años noventa corresponde a la compra de medicamentos no cubiertos por los prestadores públicos o de seguro social. El trabajo de los autores muestra que el sector de la producción pública es heterogéneo y no está coordinado, debido a que gran parte de las organizaciones del sistema de salud argentino, cuyos mecanismos de planeamiento sanitario estratégico como su toma de decisión se encuentran atomizados, involucrando el área de producción de medicamentos¹⁴.

La relevancia de esta problemática se hizo más visible a partir de los años 2003 y 2004, cuando diversas instituciones universitarias, como la mencionada Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos o la Facultad

¹³ Román, Viviana y di Salvo, María Teresa, op. cit.

¹⁴ Maceira, Daniel y otros, op. cit., p. 123.

de Ciencias Exactas de la Universidad de La Plata, organizaron encuentros por la producción pública de medicamentos, en los que se discutieron las posibilidades y necesidades de la producción pública y se elaboraron diversas propuestas orientadas en tal sentido.

También se destacan las iniciativas de diversos actores y colectivos de la sociedad civil, como el Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, que señalan la importancia estratégica de la producción pública y la necesidad de vincular coordinadamente este sector con el resto del complejo científico y tecnológico del país.

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, siguen siendo escasos los trabajos orientados al análisis de estas experiencias desde una perspectiva sistémica e integradora. Y pocos son los desarrollos teórico-metodológicos destinados a convertir los análisis académicos en insumos para el diseño de políticas públicas y estrategias sectoriales e institucionales.

Los laboratorios públicos elaboradores de medicamentos: cantidad, ubicación y pertenencias jurisdiccionales

Existen en la Argentina 39 unidades públicas productoras de medicamentos (en adelante UPMs), entre laboratorios industriales y farmacias hospitalarias¹⁵. En su conjunto, el volumen de producción de las UPMs argentinas ha aumentado considerablemente durante el período comprendido entre los años 2002 y 2015. Así, por ejemplo, mientras que en el año 2003 la producción total de medicamentos elaborados en laboratorios públicos y farmacias hospitalarias fue de 90 millones de unidades, la cifra de producción alcanzó en el año 2010 620 millones de unidades, lo que implica un crecimiento del 688 por ciento en un lapso de siete años¹⁶.

¹⁵ Los datos corresponden al año 2015 y fueron obtenidos en el marco de una investigación llevada a cabo en el Instituto de Estudios Sociales sobre la Ciencia y la Tecnología (IESCT) de la Universidad Nacional de Quilmes durante los años 2010 y 2015.

¹⁶ Rey, Federico, “Laboratorios públicos: sector estratégico”, en: *TSS*, Secretaría de Innovación y Transferencia de Tecnología, Universidad Nacional de San Martín, 25 de noviembre de 2014, disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/tss/laboratorios-publicos-sector-estrategico/>.

La producción pública de medicamentos no constituye un fenómeno nuevo en Argentina. Existen antecedentes de iniciativas estatales para producir y distribuir especialidades medicinales. Los casos del Instituto Bacteriológico “Dr. Carlos Malbrán” y la Empresa Medicinal del Estado (EMESTA) constituyen ejemplos de estas iniciativas.

Sin embargo, estos esfuerzos estatales fueron diluyéndose con el correr del tiempo, básicamente por la reorientación que tuvo la política nacional hacia el impulso de la industria farmacéutica privada a partir de mediados de la década de 1960 y, sobre todo, luego de la resignificación del rol del Estado como institución fundamental para garantizar el acceso de la población a medicamentos durante la década del noventa. Así, desde el debate en torno a la llamada “Ley Oñativia” en el año 1964 y la creación del Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba en el mismo año, el tema de la producción pública de medicamentos no constituyó, por lo menos hasta la crisis del año 2002, un tema de relevancia en la agenda estatal.

En efecto, los laboratorios públicos registrados con anterioridad al año 2002 no contaron con la promoción estatal, y la política de apertura de los mercados económicos en las décadas de 1970, 1980 y sobre todo 1990, les impuso grandes desafíos para poder operar. Un ejemplo de esto lo constituye precisamente el laboratorio perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba, creado en el año 1963, pero registrado en la Autoridad Nacional de Medicamentos, Alimentos y productos Médicos (ANMAT) recién en el año 2007, vale decir 44 años después¹⁷.

Una de las características que tiene el sector de la producción pública de medicamentos es el carácter federal de su distribución. Hacia el año 2015, existían 39 UPMs localizadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en 10 provincias: Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Tucumán, Corrientes, Chaco, San Luis, Misiones, Río Negro y Formosa.

¹⁷ Afirma Daniel Maceira que la creación de laboratorios públicos en Argentina fue un proceso lento y marginal, que no contó con un verdadero apoyo del Estado. El primer laboratorio público fue constituido en el año 1921 con una producción de seis especialidades medicinales. Recién cuarenta años después se incorpora el segundo laboratorio público, y en el año 1990 se contaba con tan sólo cuatro laboratorios que producían 32 especialidades medicinales. Durante la década del noventa se evidencia un relanzamiento del sector con la incorporación de siete laboratorios y cuarenta y dos productos, lo cual significa un crecimiento del 150% si se lo compara con el período anterior. Maceira, Daniel y otros, op. cit., pp. 67-68.

Las provincias de La Pampa y Mendoza, por su parte, contaban también con producción pública de medicamentos hasta hace unos años: en La Pampa se encontraba el Laboratorio de Medicamentos Genéricos Pampeano de la Municipalidad de Gral. Pico, cerrado desde el año 2013, y en la provincia de Mendoza LAPROMED, que continuaba en el año 2015 sin iniciar su producción. Por su parte, la Universidad Tecnológica Nacional (UTN-Regional Pacheco) llegó a tener su propio laboratorio industrial, denominado ELMETEC, que hoy en día se encuentra desmantelado.

Se presenta a continuación un mapa (mapa n° 1) en el que se identifica la ubicación geográfica de las 39 UPMs, especificándose si se tratan de laboratorios industriales o farmacias hospitalarias, y discriminándose la pertenencia jurisdiccional (nacional, provincial, municipal o universitaria) de cada una de ellas.

Si se toma en cuenta la distribución regional de las 39 UPMs, se observa que las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe concentran el 65% de las unidades productoras de medicamentos nacionales: Buenos Aires (11), Córdoba (5) y Santa Fe (3). Puede observarse también que las 10 farmacias hospitalarias que producen medicamentos se distribuyen en tan sólo dos provincias: 6 en Buenos Aires, 3 en Entre Ríos, y una en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

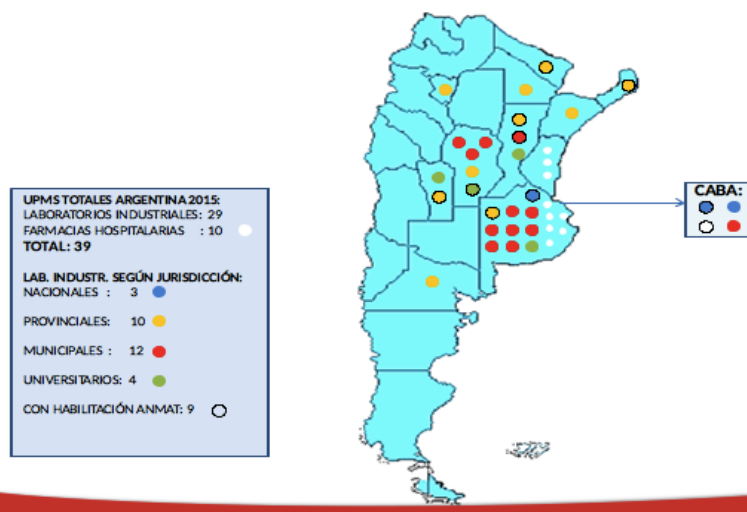
Dos observaciones pueden derivarse de la distribución geográfica de las unidades públicas productoras de medicamentos:

- a) La mitad de las provincias argentinas (considerando también a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) cuentan con al menos una unidad pública productora de medicamentos. Esto muestra una significativa distribución a escala nacional de la producción pública de medicamentos, a la vez que evidencia capacidad productiva e institucional instalada a nivel regional.
- b) Sin embargo, no todas las regiones geográficas del país están igualmente representadas en cuanto a producción pública de medicamentos, registrándose una presencia relativa mayor en la región pampeana, centro y litoral. Por su parte, el 65% de las unidades productoras de medicamentos se encuentran localizadas en tan sólo tres provincias.

Mapa n° 1

Localización de la producción pública de medicamentos en Argentina. Discriminado por pertenencia jurisdiccional y habilitación ANMAT, 2015.

UNIDADES PÚBLICAS PRODUCTORAS DE MEDICAMENTOS - Argentina (2015)



Fuente: elaboración propia.

Esta desigual y heterogénea distribución de los laboratorios industriales y farmacias hospitalarias tiene un impacto negativo en el alcance de la producción de medicamentos públicos, ya que implica la necesidad de un alcance regional mayor de las producciones para garantizar una distribución de productos a escala nacional y para garantizar el acceso de toda la población argentina a estos productos. Sin embargo, el tránsito federal de las producciones de medicamentos debe estar autorizado por el ente nacional que regula la actividad, vale decir la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), y en tal sentido se requiere que las plantas productoras estén habilitadas según los estándares y condiciones reguladas este organismo.

Por otro lado, esta heterogénea distribución geográfica de las unidades productoras de medicamentos fue utilizada por algunos laborato-

rios como parte de su estrategia de desarrollo institucional a través del establecimiento de redes de abastecimiento e intercambios que permiten abastecer de medicamentos a otras provincias. Tal es el caso, por ejemplo, del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) SE de la provincia de Santa Fe, que ha establecido convenios con hospitales públicos de la provincia de Entre Ríos y con otros laboratorios como el PROZOME de la provincia de Río Negro.

La habilitación de las plantas productoras de medicamentos por parte de la ANMAT constituye un elemento significativo. En efecto, en Argentina, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica es el organismo público encargado de regular, controlar y fiscalizar la producción de medicamentos, alimentos, productos médicos y procesos utilizados en medicina, cosmética y alimentación. Así, los laboratorios elaboradores de productos medicinales (públicos o privados) deben habilitar sus plantas y certificar sus productos para contar con autorización para el tránsito federal de sus producciones.

Algunas provincias cuentan con leyes propias de medicamentos y aprueban y registran sus propios productos, pero su comercialización queda restringida al ámbito provincial. Es por ello que la autorización por parte de la ANMAT no constituye un dato menor, afectando directamente las posibilidades y alcances de la producción pública de medicamentos como un sector dinámico de producción y distribución de alcance nacional.

Ahora bien, de los 29 laboratorios industriales públicos elaboradores de medicamentos identificados, sólo 9 cuentan con habilitación de su planta por parte de la ANMAT, vale decir un 31%. De estos 9 laboratorios, 1 se encuentra localizado en la ciudad de Buenos Aires, 2 en la provincia de Buenos Aires, 2 en la provincia de Santa Fe, mientras que Córdoba, San Luis, Misiones y Formosa cuentan cada una con un laboratorio habilitado por la ANMAT.

Si se toma en cuenta la pertenencia jurisdiccional, se establece que dos laboratorios públicos pertenecientes a la jurisdicción nacional cuentan con habilitación ANMAT, 5 de los laboratorios públicos provinciales tienen sus plantas habilitadas por la ANMAT, vale decir un 50%, mientras que un sólo laboratorio municipal cuenta con habilitación ANMAT (8%) y uno de los cuatro laboratorios pertenecientes al ámbito universitario también cuenta con ella.

Se desprenden entonces dos importantes derivaciones:

- a) Existe una baja participación relativa de los laboratorios industriales públicos con habilitación de la ANMAT sobre el total de las UPMs identificadas.
- b) Si bien una importante participación en el sector de la producción pública de medicamentos corresponde a los laboratorios municipales (un 42% del total), sólo uno de ellos cuenta con habilitación de la ANMAT, lo que indica una muy baja participación relativa de los laboratorios industriales municipales sobre el total de las UPMs.

En definitiva, existen importantes diferencias en las condiciones normativas y jurisdiccionales de los laboratorios industriales con habilitación ANMAT de sus plantas. Si se considera que la habilitación de las plantas por la autoridad regulatoria vigente constituye una condición necesaria para la posibilidad de orientar las producciones a escala nacional y para poder participar de los diferentes planes de reparto gratuito de medicamentos que realiza el Estado nacional desde el año 2002, se desprende que el sector de la producción pública de medicamentos presenta importantes limitaciones para constituirse como proveedor privilegiado de medicamentos a escala nacional y para poder coordinar una estrategia conjunta del sector orientada a maximizar y lograr mejores niveles de eficiencia de sus capacidades tecno-productivas y socio-institucionales.

Se analizará a continuación la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos en Argentina, señalándose especialmente las características y formas de la intervención del Estado en la política de medicamentos durante la última década y media, y se mostrará que las coaliciones de elementos heterogéneos, que explican el funcionamiento de la producción pública de medicamentos, constituyeron alianzas socio-técnicas que estuvieron débilmente articuladas con la políticas de medicamentos implementadas por el gobierno nacional en el período analizado.

Trayectoria de la producción pública de medicamentos en Argentina entre los años 2002 y 2015

Ira. fase: 2002-2007:

Se pueden identificar tres fases en la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos en Argentina. En cada una de las fases se identifican dos alianzas socio-técnicas que impulsaron (o restringieron) la producción pública de medicamentos en el período comprendido entre el establecimiento de la emergencia sanitaria en el país en el año 2002 y la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) en el 2015.

La primera fase de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos en la Argentina se corresponde con la gestión del Dr. Ginés González García como Ministro de Salud y Ambiente de la Nación, quien asumió el cargo el 2 de enero de 2002 durante el gobierno del presidente Eduardo A. Duhalde y fue ratificado luego en el cargo en el 2003 por el presidente Néstor C. Kirchner.

Las autoridades ministeriales caracterizaron la política económica y sanitaria del país en el año 2002 como de un altísimo contenido crítico. Específicamente, las autoridades nacionales veían que la crisis política, económica, social y sanitaria afectaba en particular la provisión de los servicios de salud, entre ellos el acceso de la población al consumo de medicamentos. Diversas razones fueron manifestadas por las autoridades para explicar el problema vinculado a la accesibilidad a los productos medicinales, entre ellas¹⁸:

- El aumento de la inequidad en lo vinculado al gasto en medicamentos que se tornaba cada vez más regresivo, dado el mantenimiento de los salarios nominales, el incremento en los precios de los medicamentos y la reducción de la cantidad de personas con cobertura;

¹⁸ González García, Ginés y otros, op. cit., p. 205.

- La reducción del flujo normal de insumos y medicamentos a los centros asistenciales del país como consecuencia de la ruptura del esquema cambiario que estuvo en vigencia en los años noventa y de la devaluación del peso;
- El desabastecimiento de la provisión de medicamentos para pacientes internados y ambulatorios;
- El incremento de la desigualdad entre provincias que se manifestaba en los indicadores de salud;
- La disminución de la población con cobertura como consecuencia de la reducción del empleo formal y el aumento de las tasas de desocupación; y
- El desplazamiento de la demanda hacia el sector público ante la caída de la población con cobertura.

Ante esta situación, el Estado Nacional, por iniciativa del Ministerio de Salud y Ambiente, decretó la Emergencia Sanitaria Nacional a través del decreto n° 486/2002 y dispuso una serie de medidas, entre las que se destacan:

- La prescripción por nombre genérico o Denominación Común Internacional;
- La puesta en marcha del Plan Remediar para la provisión gratuita de medicamentos esenciales para la atención primaria; y
- Vinculado con la medida anterior, se dispusieron mecanismos para compras centralizadas de medicamentos por parte del Estado nacional.

En términos generales, la prescripción por nombre genérico, establecida por la ley n° 25.649 del 28 de agosto del 2002, se basaba en que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debía efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguido de la forma farmacéutica, cantidades de unidades por envase y concentración. Por su parte, el profesional farmacéutico debía informar al consumidor todas las marcas comerciales que contengan el mismo principio activo, con las mismas cantidades de unidades, forma farmacéutica y concentración, y los distintos precios de esos productos.

Para las autoridades del Ministerio, esta medida reduciría la incidencia del gasto en salud, sobre todo para las familias con menor poder adquisitivo e introduciría la competencia por precio en un contexto de mercado que, como el de medicamentos, poseía características de oligopolio.

La otra medida nodal en la política de medicamentos implementada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación fue el llamado Plan Remediar.

Al igual que la medida referida anteriormente, la implementación del programa de provisión gratuita de medicamentos esenciales para la atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todo el país (Plan Remediar) fue significada en forma positiva por parte de las autoridades de salud de la Nación, aunque también generó no pocas críticas.

Este programa de provisión fue diseñado con el objetivo de optimizar el suministro de medicamentos para cubrir la mayor parte de las causas de consulta en el primer nivel de atención y, en este sentido, generar una respuesta rápida ante la situación de emergencia y la demanda insatisfecha de medicamentos.

Un elemento relevante en el diseño e implementación de este programa de provisión lo constituyó el mecanismo de adquisición de los medicamentos por parte del Estado Nacional a través de compras centralizadas de fármacos y el armado de distintos tipos de botiquines. Según información aportada por el propio programa, los botiquines son cajas estandarizadas, de tamaño único, que contienen entre 240 y 400 tratamientos, y que se distribuyen directamente en los Centros de Atención Primaria. El impacto del programa fue considerado positivo por parte de las autoridades de aplicación en por lo menos cuatro sentidos:

El Plan Remediar generó una desconcentración de la demanda en los centros de mayor complejidad, al desplazar la atención del primer nivel de los hospitales a los centros de atención primaria. Según datos suministrados por González García, 15 millones de personas recibieron en los CAPS en el año 2005 medicamentos gratuitos que cubrieron el 80% de las consultas realizadas¹⁹;

¹⁹ González García, Ginés y otros, “Medicamentos: salud, política y economía”, *ISALUD*, Buenos Aires, 2005, p. 260.

- El mecanismo de compras centralizadas que utilizó el Estado Nacional facilitó la adquisición de los medicamentos a un costo significativamente menor que lo que se hubiese gastado a través del mercado minorista.

Los datos muestran que el costo de uno de los modelos de botiquines a precio minorista hubiese implicado un costo de 982 pesos, mientras que el costo de adquisición y distribución a través del sistema de compras centralizadas fue de 182 pesos, implicando un ahorro del 81,5%²⁰. No obstante ello, el sistema de compras centralizadas continuaba implicando importantes erogaciones sobre el presupuesto nacional.

- El programa estuvo prioritariamente dirigido a un sector poblacional en particular constituido por familias pobres y/o sin cobertura formal de salud. En este sentido, durante los primeros años de implementación del Plan Remediar el 94% de los beneficiarios del programa fueron personas ubicadas bajo la línea de pobreza y un 71% bajo el de indigencia. A su vez, el 84% de los beneficiarios de Remediar no contaban con ningún tipo de cobertura formal en medicamentos²¹; y
- En cuanto a su impacto redistributivo, el Plan Remediar implicó que el valor de los medicamentos entregados a las familias, establecido a partir del precio de venta en farmacias, significó en promedio una transferencia equivalente al 24% del ingreso per cápita familiar de los beneficiarios. En el caso de aquellas familias que se encontraban por debajo de la línea de pobreza, el aporte realizado por el programa llegó a representar un 15% del ingreso y un 41% en el caso de los beneficiarios bajo la línea de indigencia²².

Como se puede apreciar, el sentido general de las medidas implementadas por parte del Ministerio de Salud de la Nación en el período aquí considerado se orientó en la práctica en dos direcciones mutuamente

²⁰ Ibidem, p. 260.

²¹ Ibidem, p. 260.

²² Ibidem, p. 261.

complementarias: por un lado, hacia la provisión pública de medicamentos, que estuvo dirigida a la atención primaria de los sectores poblaciones con altísima vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Por otro lado, estas medidas se dirigieron hacia la intervención en el mercado de medicamentos, a través de la introducción de la competencia por precios. Esta orientación de la política pública incidió sobre un sector de la población que, cultural y económicamente, utilizaba las farmacias como principal forma de acceso a los medicamentos. Por su parte, la reducción de los precios de venta impactaba también en forma diferencial a las personas afectadas por patologías crónicas de tratamientos prolongados.

En términos generales, el conjunto de estas medidas funcionaron para las autoridades del Ministerio de Salud y Ambiente en la medida en que generaron reducción en los precios, tanto en el mercado minorista, como en los precios que pagó el Estado nacional para proveer los botiquines del Programa Remediar.

Ahora bien, en el marco conjunto de estas medidas implementadas por las autoridades de salud, la producción pública de medicamentos estuvo débilmente representada en el contenido general de las políticas del Ministerio entre los años 2002 y 2007.

Para las autoridades del Ministerio de Salud, la producción pública de medicamentos podía constituir una respuesta al desabastecimiento de medicamentos en los hospitales públicos como consecuencia de la crisis económica y sanitaria que impactó de forma crítica sobre la Argentina en los años 2001 y 2002. Sin embargo, los establecimientos públicos existentes producían presionados por las necesidades coyunturales y, según el Ministerio de Salud de la Nación, producían más de 40 remedios en los mismos equipos, en cantidades siempre insuficientes y con escasa o nula especialización²³.

Frente a esta evaluación de los laboratorios públicos, el Ministerio de Salud de la Nación delineó una guía de orientación para la actualización y adecuación de sus plantas, que incluía asistencia técnica del Ministerio a los laboratorios según los lineamientos de la ANMAT, capacitar recursos técnicos y profesionales en materia de Buenas Prácticas de Manufactura (BMP) recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, estimular y fomentar la cooperación coordinada de los laboratorios

²³ Ibidem, p. 212.

para el intercambio de productos, información y experiencias, orientar la especialización de los laboratorios a un número escaso de drogas y a un único tipo para lograr especializaciones que permitieran economías de escala y obtener volúmenes de producción que posibilitaran bajar costos.

Estas recomendaciones y orientaciones, si bien no se llegaron a articular en un marco normativo general que permitiera reglamentar la actividad de investigación y producción desde el ámbito público, facilitaron el desarrollo de algunos laboratorios. Así, por ejemplo, de los 9 laboratorios públicos que hoy cuentan con habilitación por parte de la ANMAT, 6 de ellos fueron habilitados en el período 2002-2007, destacándose que otros 2 laboratorios ya habían obtenido la habilitación correspondiente con anterioridad al año 2002.

La producción pública de medicamentos fue incentivada y estimulada en el período en consideración por otros actores provenientes del sector universitario y de instituciones científicas y tecnológicas, quienes desde la movilización y el debate se propusieron instalar la producción pública de medicamentos como una solución real y posible a los problemas identificados por el Estado Nacional en relación al acceso de la población a medicamentos y al desarrollo de la industria farmacéutica pública como área de desarrollo estratégico del Estado.

A diferencia del sentido general que el Ministerio de Salud le imprimió a sus políticas sanitarias a partir del 2002, estos grupos de opinión e investigación orientaron sus propuestas de solución del problema hacia la producción y distribución de medicamentos.

Estas ideas comenzaron a ser sostenidas en el año 2003 por diversas iniciativas, entre las que se destacan especialmente los encuentros por la producción pública de medicamentos realizados conjuntamente entre la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y la Unidad de Producción de Medicamentos de la misma facultad. Con participación de médicos e investigadores del CONICET, entre los años 2003 y 2006 se realizaron distintos encuentros en los que se debatió acerca de la situación sectorial de la producción pública de medicamentos en la Argentina y los mecanismos más adecuados para que este sector productivo pudiera convertirse en la principal fuente de medicamentos para el Estado.

En términos generales, se coincidía en la necesidad de que el Estado nacional promulgara una ley sobre producción pública, que permitiera constituir un ente estatal coordinador de los laboratorios públicos, dentro del cual dichos laboratorios tuvieran autarquía y presupuesto propio.

Asimismo, se propuso la sanción de una ley marco que articulara a los laboratorios por regiones con un cronograma de planificación de producción escalonada y que, a partir de financiamiento estatal, se pudieran establecer criterios de control de calidad, capacitación del personal y convenios con universidades.

Si bien el Estado nacional no se manifestó explícitamente en contra de estas propuestas, no adoptó estas recomendaciones y orientó su estrategia sanitaria en las direcciones ya mencionadas: intervención en el mercado de precios con la prescripción por nombre genérico y provisión pública con el plan Remediar.

En el año 2007 se constituyó un nuevo actor colectivo: la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP). En efecto, la RELAP se constituyó con la participación de un colectivo de actores e instituciones entre las que se destacaban veintitrés laboratorios industriales y hospitalarios de las provincias de San Luis, Buenos Aires, La Pampa, Formosa, Córdoba, Río Negro, Santa Fe, Misiones, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Chaco. Suscribió también la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y el Acta de Constitución de la Red fue refrendada por autoridades de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología (SECyT), el Instituto de Tecnología Industrial (INTI), y la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

La firma de este Acta y la organización de la RELAP constituyeron un punto de inflexión en la instalación de una opinión favorable de la producción pública de medicamentos por parte del gobierno nacional. Lo que estaba implícito en esta política de coordinación entre instituciones técnicas, científicas, productivas y autoridades de gobierno era el objetivo estratégico de estimular y mejorar la producción pública de medicamentos, propiciando la investigación y el desarrollo de nuevos productos, y optimizando los costos de producción de los laboratorios a través de la realización de compras conjuntas de insumos y principios activos, la centralización de los controles de calidad a la recepción de los insumos y la búsqueda de especialización por productos para estimular las escalas de producción,

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los grupos de interés que promovieron el funcionamiento de la red, su alcance se vio rápidamente limitado por una serie de circunstancias:

- En primer lugar, la alta heterogeneidad de los laboratorios que formaban parte de la Red, –quiénes tenían habilitación ANMAT y quiénes no, los distintos niveles de producción ociosa, los que tenían control de calidad propia o no, etc.– limitaba el funcionamiento coordinado de la red y dificultaba la posibilidad de realizar una producción conjunta de todos los laboratorios;
- Otra limitante fue la heterogeneidad jurisdiccional: no todas las municipalidades y provincias ubicaban la producción pública de medicamentos como un tema relevante en su agenda. Eso limitó sobremanera la articulación coordinada de los laboratorios de la red;
- Relacionado con esto, las diferencias presupuestarias también eran significativas. Esto fue importante en la medida en que las diferencias presupuestarias afectaban la inversión en la compra de insumos, tecnología y, sobre todo, la adecuación de las instalaciones según las exigencias que la ANMAT impone para su habilitación. Los laboratorios sin habilitación vieron dificultado el tránsito federal de sus productos y con ello la articulación en términos de complementariedad funcional de la red.

Es posible afirmar que las políticas sanitarias implementadas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación se encontraban relativamente estabilizadas en la medida en que cumplían las expectativas del gobierno nacional para enfrentar el problema vinculado al acceso de la población a medicamentos como consecuencia de la crisis sanitaria que afectaba al país. Las mismas se basaron en una estrategia general articulada en torno a la provisión de medicamentos a sectores amplios de la población. Sin embargo, no existió una clausura definitiva en torno a la implementación de estas políticas. El marco normativo que reglamentaba la política de prescripción por nombre genérico constituyó quizás su punto débil, dado que permitió a los productores farmacéuticos privados seguir prescribiendo, junto al nombre genérico, también el nombre de la

marca. Así, médicos, farmacéuticos y productores se constituyeron como grupos sociales relevantes que desde la práctica cotidiana de la prescripción y recomendación profesional reinterpretaban las reglamentaciones normativas.

Por su parte, el Plan Remediar tampoco contó con una clausura definitiva en torno a su funcionamiento. El colectivo de opinión que propugnaba la producción pública de medicamentos como política oficial de medicamentos consideraba que, si bien el Plan Remediar solucionaba en el corto plazo los problemas referidos al acceso de población a medicamentos, el mencionado programa implicaba fuertes erogaciones para su financiamiento por parte del Estado nacional. Manifestaba que estos montos presupuestarios podrían ser reorientados a la puesta en funcionamiento productivo y normativo de la producción pública, y de esta manera abastecer al Estado nacional.

Tomando en consideración este conjunto de elementos normativos e ideológicos y el complejo interjuego de relaciones comerciales, productivas y políticas que fueron identificados y analizados hasta aquí, pueden identificarse dos alianzas socio-técnicas durante esta primera fase (2002-2007). Una, que se vuelve dominante en el período referido, construida en torno a la política pública de provisión de medicamentos, y otra, que se mantuvo en forma marginal a la primera –y débilmente articulada a ella– constituida en torno a la producción pública de medicamentos.

Se puede observar un cambio en la posición relativa de la producción pública de medicamentos como parte de la política pública de medicamentos a partir de la siguiente fase.

2da. fase: 2007-2009:

La segunda fase de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos en Argentina se corresponde con el período de gestión de Graciela Ocaña como ministra de salud de la Nación entre el 10 de diciembre de 2007 y el 29 de junio de 2009. Durante este período, el Ministerio de Salud mantuvo el sentido general de las políticas de medicamentos, que estuvieron orientadas a garantizar su accesibilidad a toda la población. A diferencia de la fase anterior, la gestión ministerial incluyó la producción pública como parte de su estrategia general.

Tres elementos pueden ser identificados en este período que contribuyeron en su conjunto a fortalecer la alianza socio-técnica de la producción pública como parte de la orientación general de las políticas implementadas desde el Ministerio de Salud:

- La creación en el año 2008 del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos según la Resolución n° 286 del Ministerio de Salud de la Nación;
- La participación creciente de la producción pública de medicamentos como proveedores del Plan Remediar; y
- La autorización por parte de la ANMAT para que la producción pública pudiera producir y distribuir medicamentos huérfanos, aunque sus respectivas plantas no contaran con habilitación de la autoridad competente.

La creación del Programa Nacional, en virtud de la resolución n° 286/2008 del Ministerio de Salud de la Nación, constituyó la primera medida implementada por el Gobierno Nacional orientada explícitamente al impulso de la producción pública. Entre sus objetivos se señalaban la necesidad de relevar cuáles eran las necesidades sociales de medicamentos, considerando principios activos y cantidades; registrar cuáles eran los laboratorios públicos existentes en el país y cuáles eran sus situaciones reales en términos de capacidad productiva y condiciones registrales; promover la coordinación con la ANMAT de las normas de actualización y registro de los laboratorios; definir líneas de producción estratégicas, entre otros.

El Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos no sólo definía explícitamente a los medicamentos y productos médicos como bienes sociales -y, en este sentido, el Ministerio de Salud habilitaba desde lo normativo y lo institucional políticas de medicamentos sustraídas de las lógicas del mercado-, sino también clausuraba el argumento que, ante la construcción del problema en torno a la inaccesibilidad, inequidad y desabastecimiento de medicamentos y productos médicos, la estrategia de solución debía incluir un tratamiento estructural y sustentable en el tiempo.

La otra medida relevante en torno a la construcción de la producción pública de medicamentos como parte de una estrategia oficial

fue sin lugar a dudas la disposición n° 7.266 de diciembre de 2008, en la cual la ANMAT autorizaba el tránsito interprovincial de medicamentos considerados huérfanos y no inscriptos en su Registro de Especialidades Medicinales (R.E.M.). A través de esta disposición, el Ministerio de Salud buscaba complementar la política general de accesibilidad cubriendo emergencias por riesgo sanitario o por falta de productos. A través de la mencionada disposición, la ANMAT autorizaba a los laboratorios públicos a producir y distribuir en todo el país aquellos medicamentos no provistos por la industria privada.

Esta disposición tuvo dos efectos inmediatos que, en su conjunto, contribuyeron a fortalecer la posición estratégica de los laboratorios públicos dentro del marco general de la política de medicamentos del Ministerio de Salud. Por un lado, legitimaba el Programa Nacional al articular un organismo de control como la ANMAT con las políticas más estructurales del Ministerio de Salud. Por otro lado, reforzó la situación relativa de algunos laboratorios públicos, que focalizaban su producción en líneas de medicamentos huérfanos y que no contaban con habilitación de sus instalaciones. Tal es el caso, por ejemplo, de la unidad productora de medicamentos perteneciente a los Talleres Protegidos de la Ciudad de Buenos Aires.

El tercer elemento que se puede identificar en la gestión del Ministerio de Salud durante la segunda fase de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos fue la participación creciente de algunos laboratorios públicos como proveedores del Plan Remediar.

Hasta el año 2007 las licitaciones del Ministerio de Salud para proveer al Plan Remediar incluían solamente a laboratorios privados. A partir del impulso otorgado por la Resolución n° 286 que creaba el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, el Estado nacional acordó con laboratorios públicos la provisión de medicamentos no cubiertos por la industria privada. De esta forma, las autoridades del Programa Nacional otorgaban el sentido general de los laboratorios públicos como parte de la política pública de medicamentos. Esto es, priorizar el desarrollo de los laboratorios públicos de acuerdo a sus condiciones institucionales y productivas particulares.

Sin embargo, para los referentes de la RELAP el lugar de los laboratorios públicos en el marco del Plan Remediar no era el adecuado.

Para ellos era necesario articular en forma coordinada tanto laboratorios como líneas de producción. En este sentido, los referentes de la RELAP sostenían la necesidad de que el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos se estableciera por una ley nacional. De esta manera se podía garantizar su continuidad independientemente de la gestión a cargo del Ministerio o de los vaivenes de la política nacional. Además, la necesidad de una ley nacional también era considerada relevante para dotar al Programa Nacional de un presupuesto propio como, por ejemplo, para poner en condiciones de habilitación ANMAT a los laboratorios que no contaban con ella.

Es posible extraer algunas conclusiones preliminares sobre la incorporación de la producción pública al Programa Remediar.

En primer lugar, puso de manifiesto la capacidad productiva y la versatilidad de los laboratorios públicos para proveer medicamentos al Estado nacional. Mostró que la producción pública podía ahorrarle dinero a la administración nacional y podía constituirse como alternativa adecuada al mecanismo de compra del Estado que requería créditos externos.

En segundo lugar, legitimó la política de medicamentos al poder cumplir las expectativas de garantizar la disponibilidad de medicamentos para la atención primaria de la salud, inclusive en el caso de que la industria privada no los proveyera.

En tercer lugar, impulsó el desarrollo de los laboratorios que contaban con habilitación por parte de la ANMAT para proveer al Plan Remediar.

Sin embargo, algunas cuestiones quedaban todavía pendientes y contribuían a debilitar la alianza socio-técnica de la producción pública de medicamentos en el período 2007-2009. Por un lado, la instrumentación de una política de coordinación funcional y división técnica del trabajo entre los laboratorios para que cada uno de ellos pudiera especializarse en determinadas líneas de productos, ganando así economías de escala y, por otro lado, el desarrollo de mejoras estructurales en las plantas productoras según los lineamientos de la ANMAT.

Pero, básicamente, lo que faltaba aún era otorgar un marco regulatorio nacional de la producción pública de medicamentos a través de una ley que pudiera reglamentar los objetivos propuestos en el Programa Nacional y otorgarle partidas presupuestarias que pudieran hacer efec-

tivas las medidas enunciadas por el Ministerio de Salud en el Programa Nacional y que eran propugnadas distintos grupos de opinión (como la Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas, el Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA, y los propios laboratorios pertenecientes a la Red de Laboratorios Públicos de Medicamentos-RELAP).

3ra. fase: 2009-2015:

La tercera fase de la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos se corresponde con el período de gestión del Dr. Juan Manzur al frente del Ministerio de Salud de la Nación entre junio del año 2009 y febrero del 2015. Esta fase se vio caracterizada por su complejidad en cuanto a la articulación de la producción pública a las políticas nacionales de medicamentos.

Durante esta fase pueden identificarse tres elementos que constituyen los ejes centrales en torno a los cuales se resignificó la alianza socio-técnica de la producción pública de medicamentos:

- La desactivación del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos a mediados del año 2009;
- La promulgación de la ley n° 26.688, que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos en el año 2011; y
- La reglamentación de la mencionada ley en julio de 2014 a través del decreto del poder ejecutivo nacional n° 1087.

Si bien el problema del precio de los medicamentos, que afectaba directamente su accesibilidad por parte de la población, seguía constituyendo la preocupación por parte del Estado nacional, la producción pública no fue signficada como la solución principal. En lugar de ello, se promovieron a partir del año 2009 acuerdos de precios con los principales productores farmacéuticos privados.

Este tipo de medidas implementada por el Gobierno nacional, aunque implicaba en el corto plazo un impacto favorable para el consumidor, establecían una posición negativa frente a la producción pública. Sobre todo si se tiene en cuenta que todas estas especialidades medicinales que formaban parte del acuerdo de precios establecido por el Estado nacional también eran producidas por la industria pública.

Para quienes venían propugnando la producción pública de medicamentos como política de Estado, este tipo de medidas orientadas a los precios constituían un retroceso hasta en los mismos argumentos que sostenían su implementación, dado que la producción pública era considerada como un importante instrumento para establecer precios testigo basados en estructuras de costos y no en valores de mercado²⁴.

Finalmente, el 29 de junio del año 2011 el Congreso Nacional sancionó la ley n° 26.688 que declaraba de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos.

La ley incorporaba en su texto los lineamientos generales y específicos que se venían sosteniendo desde el año 2003 y que formaban parte de los objetivos de la RELAP. Retomaba, a su vez, los puntos centrales del Programa Nacional, que había sido desarticulado hacía unos dos años. Entre ellos, adquieren especial relevancia:

- El reconocimiento por parte del Congreso Nacional del problema vinculado a la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos. En este sentido se explicita que el desarrollo científico, tecnológico y productivo de los laboratorios públicos constituye una solución adecuada a dicho problema.
- La ley define, por primera vez, que los laboratorios públicos son “los laboratorios del Estado nacional, provincial, municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las fuerzas armadas y de las instituciones universitarias de gestión estatal”²⁵.

²⁴ Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología [GGPECyT], “Ministro de Salud, Dr. Juan Manzur”, 1 de diciembre de 2009, disponible en: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2009/12/pobreza-y-medicamentos-dr-manzur.html>.

²⁵ Congreso de la Nación Argentina [HCNA], ley n° 26.688: “Declárase de

Esta definición abría las puertas al reconocimiento provincial de los laboratorios públicos, dejando entrever la posibilidad de que las provincias adhirieran al marco de la ley y posibilitaba a los laboratorios de producción pública establecer convenios con universidades u otras entidades estatales pertinentes para realizar el control de calidad de los medicamentos, vacunas y productos médicos. Vale decir, le otorgaba al laboratorio público un instrumento importante frente a los argumentos de que la producción pública no era recomendable dado que sus productos no garantizaban la confiabilidad en cuanto a su calidad.

Y finalmente, quizás el dato más relevante, la Ley consideraba los medicamentos como bienes sociales. Así considerados, los medicamentos quedaban sustraídos de la lógica de mercado y se constituían para el Estado nacional como bienes que debían estar al alcance de toda la población, tanto en términos productivos y científico-tecnológicos, como económicos.

Estas consideraciones reglamentarias cumplían las expectativas de los diferentes grupos y organizaciones que sostenían la necesidad de impulsar la producción pública. Específicamente la norma propiciaba el desarrollo científico y tecnológico a través de los laboratorios públicos, y la articulación de la producción pública con las instituciones académicas y científicas, y las organizaciones de trabajadores y usuarios.

Los laboratorios públicos, por su parte, obtenían la preferencia de sus respectivas producciones para las compras del Estado nacional y de los Estados provinciales (así como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

Sin embargo, la ley no fue reglamentada inmediatamente, contribuyendo a su no funcionamiento. Recién el 10 de julio del año 2014 el gobierno nacional reglamentó la ley por decreto. Casi tres años después de su promulgación.

Por otra parte, algunos artículos e incisos clave de la ley original quedaron sin reglamentar. Por ejemplo, el inciso f) del artículo 6° que ordenaba “Promover su articulación con instituciones académicas y

interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos”, disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/185000-189999/185041/norma.htm>

científicas, y organizaciones de trabajadores y usuarios” quedó sin reglamentar; de esta manera no se especificaron en el texto reglamentario “los lugares, modos y tiempos de esta participación que es sin duda central en cualquier política pública, máxime cuando esta regula un campo fuertemente oligopólico que ha sido cada vez más extranjerizado”²⁶.

Asimismo, “el artículo 12, referido al presupuesto, quedó sin reglamentar, de modo que se carece de una referencia que fije al menos un piso y un modelo de crecimiento de la inversión en la producción pública”. El texto de la normativa tampoco reglamentaba el artículo referido a la invitación a la adhesión de las provincias. Según los especialistas legislativos, esta adhesión, que sería impropia de una Ley Nacional, podría haberse corregido por la Reglamentación fijando que la ley alcanzara a las provincias que no manifestaran oposición dentro de un corto lapso²⁷.

Y finalmente, la reglamentación no incluía plazos para empezar a dar cumplimiento a sus articulados, con la discrecionalidad que este solo hecho otorga para incumplirlos.

Puede afirmarse entonces que durante la tercera fase de la trayectoria de la producción pública de medicamentos se articuló una alianza predominante que, a diferencia de las anteriores, presentó una participación relativa de la industria privada mayor que las intervenciones públicas.

La producción pública de medicamentos ocupó en la alianza socio-técnica predominante en esta fase un lugar marginal y presentó una débil articulación a ella. Los dos elementos que integran la producción pública a la alianza dominante fueron la sanción de la ley n° 26.688 y la participación de los laboratorios públicos con habilitación ANMAT en las licitaciones para proveer al Plan Remediar.

La ley n° 26.688, si bien otorgaba un marco normativo importante a la producción pública, declarándola de interés nacional, no fue reglamentada por varios años. Recién sobre el final de la fase analizada el decreto reglamentario fue incorporado a la alianza. El efecto producido implicó una

²⁶ Borini, Mario, “Reglamentación de la ley 26.688 de producción pública de medicamentos”, en: *Instituto por la Igualdad y la Democracia* (IPID), 2014, disponible en: <http://ipidar.org/reglamentacion-de-la-ley-26-688-de-produccion-publica-de-medicamentos/>.

²⁷ *Ibidem*, s/n.

restricción importante de la producción pública en relación a la ley marco. A través de ella, la Organización Mundial de la Salud se articuló en la alianza definiendo a la producción pública como elaboradora de medicamentos esenciales, que se complementa con la producción privada.

En definitiva, los laboratorios públicos, aunque continuaron teniendo un papel relevante en la provisión de medicamentos al Estado nacional, se vieron restringidos por el lugar que, conjuntamente, le otorgó el interjuego de relaciones en la alianza socio-técnica: competencia en las licitaciones con la industria privada, demora en la reglamentación de la ley, oposición de las principales cámaras farmacéuticas a la ley n° 26.688, restricciones reglamentarias por parte de la ANMAT y política de acuerdo de precios del Estado nacional con las cámaras farmacéuticas.

El cuadro N° 1 muestra la reorientación de la política nacional de medicamentos durante la tercera fase.

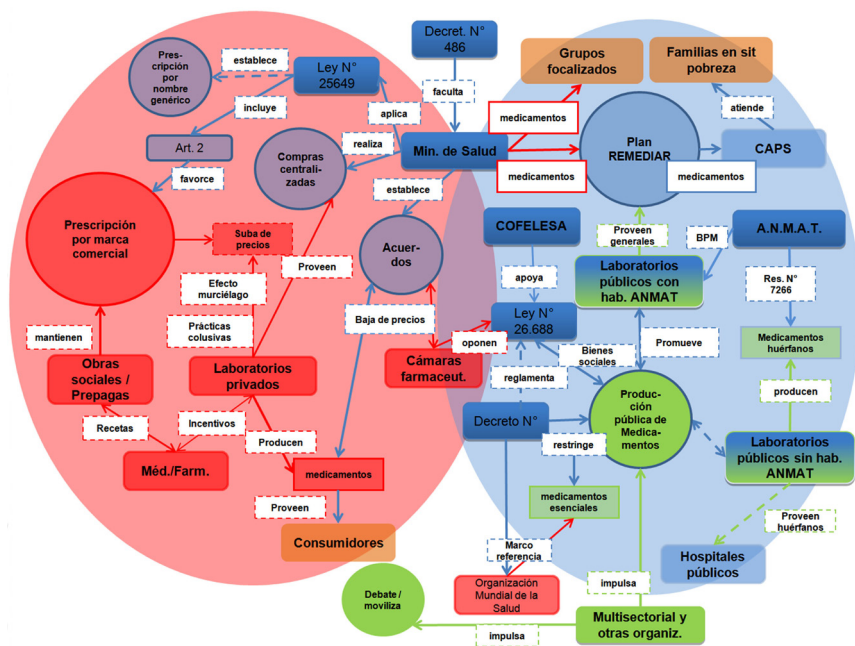
La producción pública de medicamentos ocupó en la alianza socio-técnica dominante en esta fase un lugar marginal y presentó una débil articulación a ella. Los dos elementos que integran la producción pública a la alianza socio-técnica dominante fueron la sanción de la ley n° 26.688 y la participación de los laboratorios públicos con habilitación de la ANMAT en las licitaciones para proveer al Plan Remediar. El gráfico muestra que la participación relativa del sector privado en la alianza socio-técnica dominante (color rojo) fue significativa y restringió el contenido formal de las políticas públicas de medicamentos en términos de provisión pública. Los laboratorios públicos, aunque algunos de ellos pudieron participar del Plan Remediar+Redes, se vieron restringidos por la competencia en las licitaciones con la industria privada, por la demora en la reglamentación de la ley, la oposición de las principales cámaras farmacéuticas a la ley n° 26.688, las restricciones reglamentarias por parte de la ANMAT, y por la política de acuerdos de precios del gobierno nacional con las cámaras farmacéuticas.

Conclusiones

Tomando en consideración la trayectoria socio-técnica de la producción pública de medicamentos a lo largo de sus tres fases se puede concluir que la participación del Estado nacional resultó errática, reconociéndose continuidades y rupturas en las iniciativas promovidas en política de medicamentos.

Cuadro n° 1

Alianza socio-técnica durante la tercera fase de la trayectoria de la producción pública de medicamentos en la Argentina (2009-2015).



Fuente elaboración propia.

De lo expresado hasta aquí se puede concluir que:

1) La intervención estatal en materia de medicamentos a partir del año 2002 se orientó prioritariamente a la distribución gratuita de medicamentos antes que a su producción.

La crisis política, social, económica y sanitaria que afectó a la Argentina en los años 2001 y 2002, constituyó la base que permitió colocar en la agenda estatal la producción, la distribución y el acceso a los medicamentos con una visión pública y social.

Sin embargo, del análisis de las tres fases de la trayectoria de la producción pública de medicamentos se desprende que el Estado nacional priorizó medidas que tuvieron como objetivos abaratar los precios de los medicamentos y garantizar su acceso por parte de la población en

general. En este sentido, las medidas implementadas incluyeron la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, el reparto gratuito de medicamentos, principalmente a través del Plan Remediar (hasta el año 2016 Remediar+Redes) y el establecimiento de acuerdos de precios con la industria privada.

Las medidas implementadas adquieren funcionamiento en el marco de una alianza socio-técnica que se constituye dominante a lo largo de las tres fases analizadas y que tuvo como eje la provisión pública de medicamentos a sectores amplios de la población.

Esta alianza socio-técnica incluyó una significación del medicamento y de la política pública como instrumento para garantizar su accesibilidad en términos de necesidades sociales prioritarias que el Estado debía satisfacer.

Sin embargo, los instrumentos utilizados por el Estado nacional en tal sentido dejaron un amplio margen de maniobra a la industria farmacéutica privada, produciéndose una contradicción entre el carácter social significado en las políticas públicas de medicamentos y la articulación del sector privado como parte de las medidas implementadas.

2) La industria farmacéutica privada tuvo un rol preponderante en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos, constituyéndose en el principal elemento que construyó el funcionamiento de la política estatal para garantizar el acceso de la población a los medicamentos.

El funcionamiento de la política pública de provisión gratuita de medicamentos, que implementó el Estado nacional a lo largo de todo el período analizado, se basó en la posibilidad de que la industria farmacéutica privada (y pública) pudiera abastecer los requerimientos de medicamentos del Ministerio de Salud para proveer a los distintos planes nacionales. Por su parte, la política de abaratamiento de los precios de los fármacos incluyó acuerdos de precios con las cámaras farmacéuticas y la indicación normativa para la prescripción de medicamentos por su nombre genérico.

Estas medidas articulan los ejes centrales de la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos y, a través de ellas, involucran a las empresas farmacéuticas privadas como actores centrales que

constituyen el funcionamiento de las políticas públicas implementadas por el gobierno nacional.

3) La producción pública de medicamentos constituyó una alianza socio-técnica que tuvo a lo largo de toda su trayectoria una importancia relativa marginal como parte de la política pública estatal y estuvo débilmente articulada a la alianza dominante durante sus tres fases.

En Argentina la producción pública de medicamentos fue impulsada por un colectivo de organizaciones sociales, académicas, científicas y gremiales, quienes a través de la movilización, el debate y la opinión pública, instalaron la posibilidad de la fabricación de medicamentos desde el ámbito estatal como solución a los problemas de disponibilidad y acceso de medicamentos por parte de la población.

Para estas organizaciones, la producción pública constituía una solución en la medida en que:

- Existía en el país capacidad instalada, lo que hacía viable la puesta en funcionamiento de los laboratorios públicos;
- Implicaba un importante ahorro para el Estado, dado que, a diferencia de la industria privada, los laboratorios públicos producían según una estructura de costos y no de mercado; y
- Podían producir según las necesidades sanitarias regionales y según los requerimientos coyunturales que pudiera tener el Estado nacional ante eventuales irrupciones de enfermedades epidémicas.

La construcción del funcionamiento de la producción pública de medicamentos se basó en dos elementos relevantes de la alianza socio-técnica: por un lado, la conformación de una red que articuló organismos estatales, organizaciones sociales y laboratorios públicos. A través de la misma los laboratorios públicos propusieron un programa de desarrollo para todo el sector, que involucraba la coordinación productiva de los laboratorios públicos.

Por otro lado, la autorización otorgada por la ANMAT para que los laboratorios públicos productores de medicamentos huérfanos pudie-

ran realizar el tránsito inter-jurisdiccional, aunque sus instalaciones no contaran con la habilitación correspondiente.

Sin embargo, la inexistencia de una normativa nacional que promoviera estas iniciativas, primero; la falta de su promulgación una vez que esta normativa tomó forma, segundo; y la demora en la reglamentación de la ley una vez que esta fue promulgada, tercero; constituyeron las principales debilidades de la alianza. La misma quedó en evidencia cuando se desarticuló el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos y el Ministerio de Salud reorientó su política de medicamentos en pos de acuerdos de precios con la industria privada a partir del año 2009.

Cabe señalar que existió a partir del año 2002 una clausura en torno al problema de la falta de acceso de la población a los medicamentos, principalmente por la pérdida de la capacidad de compra de la población, por la falta de disponibilidad de los mismos, y por la pérdida de trabajo y sus instancias de seguridad social. Tanto el Estado nacional como los distintos actores de la producción pública coincidían en esta significación del problema, pero las estrategias de solución fueron diferentes.

En este sentido, existió a lo largo de todo el período en cuestión una flexibilidad interpretativa en torno a la política pública de medicamentos como respuesta al problema de su accesibilidad por parte de la población. Esta divergencia de criterios se plasmó en la conformación de dos alianzas socio-técnicas.

Por un lado, una alianza constituida sobre la base de la provisión pública, que involucró al Ministerio de Salud como su principal actor relevante, y en la que la industria privada de medicamentos tuvo un rol preponderante.

Por otro lado, una alianza socio-técnica articulada en torno a la producción pública e impulsada por diversas organizaciones académicas, sociales, científicas y gremiales. Para este conjunto de actores, la producción pública no sólo implicaba una solución en términos de accesibilidad de la población, sino que también implicaba estrategias de disponibilidad de medicamentos, vale decir, atendía el problema de la falta de medicamentos no cubiertos por la industria privada.

Las dos alianzas socio-técnicas identificadas explican el funcionamiento de dos estrategias de solución distintas que se complementaron de diferente forma en cada una de las fases analizadas.

En síntesis, el sentido general de las políticas públicas de medicamentos adquirió durante todo el período analizado un carácter fundamentalmente distributivo y focalizado en torno a la compra de medicamentos por parte del Estado. La política de medicamentos no tuvo entonces un carácter productivo, cuya implementación pudiera contemplar un impulso al desarrollo de la industria farmacéutica pública. Tampoco la política de medicamentos contempló como prioritarias dinámicas de investigación y desarrollo, que permitieran producir localmente principios activos, antes que importarlos, y otorgó a la industria farmacéutica privada (especialmente a la de capitales nacionales) una importancia relativa en el funcionamiento y sostenimiento de las medidas implementadas. No sólo la prescripción de medicamentos por su nombre genérico afectó positivamente el desarrollo de la industria local, sino también la política de compras centralizadas de medicamentos le dio a la industria privada un lugar relevante como proveedor del Estado, en detrimento de la industria pública de medicamentos. Con esto no se quiere minimizar los esfuerzos de la administración nacional y los resultados obtenidos, que fueron sin lugar a dudas importantes para mejorar la calidad de vida de amplios sectores de la población. Lo que sí se quiere indicar es que esta forma de constitución de elementos normativos, de políticas públicas, de sistemas administrativos-organizacionales, de inclusión de actores relevantes y de resignificación de sus conductas, construyeron una alianza socio-técnica relativamente estable, en la que la producción pública de medicamentos tuvo una participación relativa marginal.

Bibliografía

Borini, Mario, “Reglamentación de la ley 26.688 de producción pública de medicamentos”, en *Instituto por la Igualdad y la Democracia* (IPID), 2014, disponible en: <http://ipidar.org/reglamentacion-de-la-ley-26-688-de-produccion-publica-de-medicamentos/>.

Bramuglia, Cristina, Abrutzky, Rosana y Godio, Cristina, “La producción pública de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades”, en *Realidad Económica*, n° 266, Buenos Aires, 2012, pp. 8-26.

Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, “Política actual de medicamentos en nuestro país: un análisis del Programa Remediar”, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 2005.

Capuano, Claudio y otros, “Innovación tecnológica y políticas de medicamentos”, en 1º y 2º *Encuentro por la Pública de Medicamentos*, 2003 y 2004, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, disponible: www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/fenix.doc.

Congreso de la Nación Argentina [HCNA], ley n° 26.688, disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/185000-189999/185041/norma.htm>

di Salvo, María Teresa y Román, Viviana, “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, en *Anuario CEEED*, n° 1, Año 1, 2009, pp. 134-180.

González García, Ginés y otros, “Medicamentos: salud, política y economía”, *ISALUD*, Buenos Aires, 2005.

Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Tecnología, “Ministro de Salud, Dr. Juan Manzur”, 1 de diciembre de 2009, disponible en: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2009/12/pobreza-y-medicamentos-dr-manzur.html>.

Isturiz, Martín, “La producción estatal de medicamentos en argentina”, en *Voces en el Fénix*, n° 17. 2011, disponible en: <http://www.vocesenelfenix.com/sites/default/files/pdf/17.pdf>

Katz, Ignacio, *La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.

Maceira, Daniel y otros, “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”, en *Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga*, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010.

Ramacciotti, Karina y Romero, Lucía, “Capacidades de investigación y regulaciones estatales sobre medicamentos en la Argentina (1946-2014)”, en *IX Jornadas de Sociología de la UNLP*, 5 al 7 de diciembre de 2016, Ensenada, Argentina.

Rey, Federico, “Laboratorios públicos: sector estratégico”, en *TSS, Secretaría de Innovación y Transferencia de Tecnología*, Universidad Nacional de San Martín, 25 de noviembre de 2014, disponible en: <http://www.unsam.edu.ar/tss/laboratorios-publicos-sector-estrategico/>.

Román, Viviana y di Salvo, María Teresa, “La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis”, en *SaberEs. Revista de Ciencias Económicas y Estadística*, n°2, 2010, pp. 73-93.

Tobar, Federico, “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar en Argentina”, en *Banco Interamericano de Desarrollo-Departamento de Desarrollo Sostenible*, Nota Técnica, Washington D.C., 2004.

-----, “Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas”, en *Boletín Fármacos*, vol 5, n° 4, 2002.