

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, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 2009. pp. 107-134.

La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario

María Teresa di Salvo y Viviana Román

UBA-FCE-CEEED

Introducción

Durante las últimas décadas la existencia y el rol de las empresas públicas estuvieron presentes en el debate político a nivel mundial. Este tipo empresarial tiene diferentes orígenes, en términos generales las Empresas Públicas o bien han surgido a partir de procesos de nacionalización, o bien han sido creadas por el Estado (tanto nacional como provincial o municipal).

La literatura¹ destaca que la creación, la administración y/o la nacionalización de Empresas por parte del Estado ha obedecido a tres razones fundamentales: en primer término, políticas e ideológicas que implican un cambio en la distribución del poder dentro de la sociedad. En segundo lugar, pueden mencionarse motivos sociales vinculados a la preocupación por garantizar el pleno empleo, ofrecer mejores condiciones de trabajo y mejorar las relaciones industriales. En tercer término, pueden señalarse razones económicas como por ejemplo la intervención del Estado ante las fallas del mercado, la protección del consumidor frente a los poderes monopólicos o la promoción del crecimiento económico y de transformación social o el rescate a negocios privados afectados por crisis económicas / financieras.

Algunos investigadores han planteado la diferencia entre las empresas públicas y las privadas. En este sentido, hay quienes² sostienen

¹ Toninelli, Pier Angelo “The rise and fall of public Enterprise”, en Toninelli, Pier Angelo (Ed.) *The rise and fall of state – owned enterprise in the western world*, Cambridge University Press, New York, 2000. Página 5 a 9.

² Galambos, Louis, Baumol William. (2000) “Conclusion: Schumpeter revisited”. In Toninelli, P: A. (ed.) (2000) *The Rise and Fall of State-Owned Enterprise in the Western World*. Cambridge University Press. Citado en Russo, Cintia “La persistencia de una

que la Empresa Pública tiene una gran complejidad a nivel de su gestión y de sus objetivos. Una empresa privada se funda en criterios de rentabilidad, productividad y competitividad, en tanto que en una Empresa Pública el grado de realización de sus objetivos no está necesariamente ligado a los criterios de eficiencia y de rentabilidad. Las empresas públicas prestan servicios esenciales y en muchas ocasiones gozan de privilegios de exclusividad; están, además, sujetas a normativas legales y al control del Estado. Su administración se encuentra bajo control de los organismos estatales competentes y debe responder ante la ciudadanía, por lo que su grado de autonomía y autarquía tiene límites. En este tipo de organización empresarial todo o parte de su capital además del poder de toma de decisiones, le corresponde al Estado, ya sea nacional, provincial o municipal.

Otros investigadores³, desde posiciones ortodoxas, entienden que una firma privada opera en un mercado competitivo con gerentes maximizadores de beneficios. No obstante, para el caso de la empresa pública sostienen que las funciones - objetivos de los agentes que tienen algún poder o influencia sobre la toma de decisiones están dados por un objetivo último que es lograr “el bien común”, es decir que su accionar debería regirse por el “interés general” de la comunidad. A su vez, lo que debe entenderse por “interés general” dependerá de la función de bienestar social determinada por la apreciación política de los gobernantes.

Desde fines de la década de 1970 la Empresa Pública como tipo empresarial ha estado en continua declinación a nivel mundial. En este contexto, hay investigadores⁴ que se preguntan si esta declinación es de carácter temporario o permanente. La respuesta a este interrogante parecería ser en la actualidad la segunda. En Argentina existen ejemplos de creación de Empresas Públicas en el marco de la citada declinación y de

empresa del estado a la vuelta del siglo XXI”, trabajo presentado en *XXI JORNADAS DE HISTORIA ECONOMICA*. Universidad Nacional de Tres de Febrero, 23 al 26 de septiembre de 2008. Página 3.

³ Se trata de Piffano, Horacio L.P. “ Teoría Positiva de la Empresa Pública. Autonomía de Gestión y Control de la Gerencia”, en A.A.V.V. *Economía de las Empresas Públicas*, Instituto Torcuato Di Tella/Editorial Tesis, Buenos Aires, 1990. Páginas 79 a 83.

⁴ Toninelli, Pier Angelo, *op. cit.* Página 21 y 22.

re estatización de empresas que habían sido transferidas al sector privado en los años noventa.

Atendiendo a lo anterior este trabajo se ocupa de analizar la evolución del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario (LEM) como un caso particular de Empresa Pública cuyas características corresponden a una PyME en cuanto a dimensión, escala y diversificación de su producción. Sus primeros antecedentes se remontan a fines de la década de 1980 en el marco de cambios políticos en la administración de la Municipalidad de la citada ciudad. En 1989 los socialistas ganaron las elecciones municipales accediendo de esta manera al control de la Intendencia de Rosario.

Resulta importante destacar entonces que el LEM es un laboratorio de producción pública de medicamentos. Éste laboratorio se destaca por ser uno de los pioneros en este tipo de producción y su creación lejos de estar en el orden de la coyuntura formó parte del diseño de una política pública municipal que se comenzó a delinear a fines de 1989 y que contenía criterios de universalidad en el área de salud. Hecho que presenta algunas divergencias respecto de las políticas públicas nacionales del momento en ese área. No obstante, no podemos dejar de destacar la importancia que adquirió su existencia en momentos de crisis socio-económica, como la que se desarrolló desde fines de la década de 1990. El LEM se gestó a principios de 1992 y en 1997 por ordenanza municipal se constituyó en Sociedad del Estado⁵, teniendo como único accionista al Estado municipal.

Es fundamental aclarar que los medicamentos se diferencian de la mayoría de las mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado, motivo por el que los teoremas convencionales sobre el funcionamiento del mismo como mecanismo de regulación de la actividad económica suelen fracasar en este área. Por eso, en el caso de los remedios

⁵ 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.

el sistema económico debe acercarse a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva por lo que el mercado debe ser reemplazado por un conjunto de instituciones y normas regulatorias. Además, se suma a esta particularidad un hecho característico de la compra de medicamentos (especialmente en los de venta bajo receta): el que compra no elige y el que elige no paga⁶. Desde esta perspectiva, la existencia de un laboratorio de producción pública de medicamentos constituye un mecanismo de regulación del mercado. Motivo que agrega relevancia al análisis del LEM.

Asimismo, el análisis de este caso nos conduce a una breve revisión de ciertos elementos teóricos sobre la universalización o la focalización de las políticas públicas, pues como ya hemos mencionado las políticas públicas en el área de salud implementadas en la ciudad de Rosario en la década de 1990 presentaban algunas diferencias respecto de las diseñadas a nivel nacional.

El interrogante que se plantea, entonces, es si las políticas públicas deben ser universales o los recursos deben ser focalizados. Los argumentos a favor de la universalización como estrategia para erradicar la pobreza, tienen no sólo fundamentación ética sino también política y práctica. La principal referencia de quienes defienden la universalización es la experiencia europea, en la que la pobreza ha sido combatida exitosamente en el marco de políticas centradas en la garantía de servicio con cobertura universal. Este enfoque plantea que el Estado debe garantizar los derechos básicos distribuyendo los recursos disponibles entre todos los ciudadanos. Al mismo tiempo, el Estado debe recuperar por vía tributaria directa fondos provenientes de quienes tienen mayores ingresos. Se subraya de esta manera la relevancia de que los servicios sociales básicos como son la nutrición, la educación y la salud, sean provistos a partir de un sistema único, público y de vocación universal; garantizando así el máximo de

⁶ Cabe aclarar respecto de la compra de medicamentos en Argentina que a partir del 2002 entró en vigencia la Ley 25.649 de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. La misma introdujo la competencia por precio y no, como hasta ese momento, sólo por marca.

equidad. Los partidarios de la universalización no admiten la existencia de un sistema educativo o de salud, destinado a los pobres y financiado por el sector público y otro sistema destinado a las clases medias y altas y financiado directamente por éstas⁷ (es decir, como “gasto directo de bolsillo”).

Este trabajo consta de las siguientes cuatro partes. En la primera se analiza el escenario en el que surgió y se desarrolló el LEM; la segunda se concentra en revisar los orígenes y la evolución del sector farmo – químico en la Argentina, pues es importante para entender la morfología del mercado local de medicamentos. La tercera parte, se dedica a examinar la evolución del sistema de salud y de la producción pública de medicamentos en Argentina. Esto resulta de interés porque esta empresa pública es un laboratorio de producción pública de medicamentos que se inserta en el sistema de salud. El cuarto apartado analiza el caso en su especificidad y por último, se hacen algunas reflexiones.

El escenario

La década de 1980 en nuestro país ha sido considerada como una década crítica. Durante ese período la economía argentina fue afectada por dos problemas fundamentales: el elevado desequilibrio financiero fiscal y la desarticulación de la trama de relaciones financieras internas. La precaria situación financiera del Estado argentino se vio agudizada por el impacto de la crisis de la deuda externa y por las redefiniciones de las políticas económicas para ajustarse a esta nueva situación de endeudamiento.⁸ La economía argentina se desmonetizó y se dolarizó.

En este contexto, los márgenes de maniobra para implementar políticas de estabilización se redujeron drásticamente. Esto se debió a una cuestión básica⁹: la brecha -cada vez más grande- entre las necesidades

⁷ Vargas, Juan Fernando “Políticas Públicas Focalizadas o Universales ¿Dilema?”, en *Revista Digital Wepondo*, enero - marzo 2003. Páginas 1 a 6.

⁸ M.Damill y R.Frenkel, *Malos tiempos. La economía argentina en la década de los ochenta*, CEDES, Documento Cedes/46, 1990. Página 1.

⁹ Ibidem, Página 2.

financieras del Estado y las posibilidades concretas de conseguir dicho financiamiento en el mercado doméstico.

Ya desde mediados de 1986 los temas de la apertura comercial y la Reforma del Estado se debatían en el seno de los partidos mayoritarios. Para algunos autores¹⁰ la ausencia de un discurso reformista propio dentro del seno de estos partidos y la relativa improvisación con que fueron encarados esos temas derivó en el avance de la ideología *simplista liberal-conservadora*.

Finalmente, fueron las dos hiperinflaciones de 1989 y 1990 que llevaron al convencimiento de que el único camino posible era una reforma profunda del Estado. Primero, por razones de emergencia (y por la presión de los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial) y luego por convicción, se abrió paso una *visión privatista antiestatista poco matizada*.¹¹

Durante la década de 1990, los procesos simultáneos de apertura comercial, apreciación cambiaria y privatizaciones produjeron grandes transformaciones en el aparato productivo.¹² Bajo el gobierno de Carlos Menem, las privatizaciones se institucionalizaron a partir de dos leyes fundamentales que se sancionaron, prácticamente, sin oposición alguna: las Leyes de Reforma del Estado (Ley n° 23.696) y de Emergencia Económica (Ley n° 23.697). A partir de estas leyes concluye el Estado Empresario, tal como se había conformado a partir de la segunda postguerra.

Por otro lado, las consecuencias del Plan de Convertibilidad (Ley 23.928) dieron como resultado profundos desequilibrios estructurales a nivel del empleo y de la distribución de la riqueza¹³. El proceso de desindustrialización¹⁴ relativa que se verificó a lo largo de la década de

¹⁰ Ibidem, Página 34.

¹¹ Ibidem, Página 34.

¹² R.Bouzas, “La Argentina después de las reformas”, en R.Bouzas (coord.), *Realidades nacionales comparadas*, Buenos Aires, Altamira/Fundación Osde, 2002, Página.26.

¹³ “Crecimiento, Empleo y Precios – Análisis n ° 1” en *Enfoque Global*, Ministerio de Economía y Producción, Abril de 2004. Página 1.

¹⁴ La industria manufacturera redujo su participación en el PBN del 27,1% a sólo un 19,3 % en 1999. Datos relevados a partir de *Fuentes históricas del crecimiento para América Latina*, 1978; BCRA, *Oferta y demanda global al cuarto trimestre de 1990*, Buenos Aires, 1991; INDEC, *Anuario estadístico de la República Argentina*, Buenos Aires, 1999.

1990 tuvo incidencia directa en el aumento de la desocupación y de la pobreza especialmente desde fines de los años noventa según puede observarse en el cuadro N° 1 del anexo¹⁵. El universo sobre el que se efectuaron las estimaciones es el de aquellos hogares en los cuales todos los perceptores declararon todas sus fuentes de ingreso, incluidos aquellos que respondieron no haber tenido ingresos en el período de referencia. En mayo de 2003 estos hogares representaron el 84% del total y correspondían al 84% de las personas.

Al mismo tiempo, los efectos de la mencionada Reforma del Estado en el área de salud fueron más que significativos. Algunos estudios indican que la Argentina había llegado a los noventa con un esquema universalista de provisión pública de salud y un sistema de seguridad social ligado al empleo que enfrentaba severas dificultades financieras de largo plazo. El persistente déficit fiscal agravado por la deuda externa había agudizado notoriamente a fines de los ochenta el deterioro de la provisión estatal de servicios sociales; en esa situación prosperó la idea que señalaba la necesidad de transformación de la política social¹⁶. 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 universalista¹⁷. Es

¹⁵ El cuadro muestra la *Evolución de la tasa de desocupación*, total de aglomerados urbanos a partir de 1974. Hasta mayo de 1995 el relevamiento se realizaba en 25 aglomerados. En octubre de ese año se incorporaron Concordia, Río Cuarto y Mar del Plata- Batán. Y en la onda de octubre de 2002 se incorporaron tres nuevos aglomerados: Viedma- Carmen de Patagones San Nicolás- Villa Constitución y Rawson- Trelew. Los resultados de mayo de 2003 no incluyen el aglomerado Gran Santa Fe, cuyo relevamiento se postergó debido a las inundaciones. El *Porcentaje de hogares y personas por debajo de la línea de pobreza* en el aglomerado GBA se consideró a partir de mayo de 1988.

¹⁶ Cortés, Rosalía y Marshall, Adriana “Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los `90”, en *Desarrollo Económico*, n° 153, julio – septiembre 1999. Página 197.

¹⁷ Belmartino, Susana *La atención médica argentina en el siglo XX*, Siglo XXI, Argentina, 2005. Página 222.

importante resaltar aquí que desde el punto de vista de algunos investigadores¹⁸, el debate sobre la focalización y la universalización como alternativas de política pública examina la posibilidad teórica de una u otra y su conveniencia relativa en términos de equidad, igualdad de oportunidades y justicia.

Contrariamente a una postura universalista, en la década de 1990 en Argentina las políticas públicas a nivel nacional implicaron la focalización de los recursos. En ese contexto, la desregulación y la concentración creciente registrada en el mercado de medicamentos argentino junto con el aumento de un 127 % en dólares en el valor unitario promedio de los productos farmacéuticos en medicina humana terminaron integrando el conjunto de causas que contribuyeron a dificultar aún más el acceso a la salud de millones de personas. Según algunas estimaciones durante la década de 1990 el consumo de medicamentos se redujo un 20 %.¹⁹

La crisis de fines de 2001 hizo evidente la urgencia de políticas destinadas a reducir la exclusión social. Los cambios políticos operados a partir de ese momento, crearon las condiciones favorables para la sanción de la Ley 25.649 de *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico* puesta en vigencia en el 2002, cuyo objetivo fue introducir la competencia por precio y no sólo por marca. En este punto interesa poner de relieve una idea ya expresada: los medicamentos se diferencian de la mayoría de las mercancías y servicios que el consumidor adquiere en el mercado, motivo por el que los teoremas convencionales sobre el funcionamiento del mismo como mecanismo de regulación de la actividad económica suelen fracasar en este área. Existen diferentes factores que inciden en la demanda de medicamentos, ella 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

¹⁸ Vargas, Juan Fernando op. cit. Páginas 1 a 6.

¹⁹ Porcel, Gustavo *Modelo neoliberal, medicamentos y política*. Mimeo, Buenos Aires. 2001. Página 4

social y cuánto por gasto directo de bolsillo -; de factores culturales, como la actitud de la población frente a la automedicación y otros²⁰.

La deserción del Estado argentino de ciertas tareas de regulación y control en materia de salud pública comprometía - a cifras del 2001- un porcentaje fuertemente elevado del gasto total en salud, financiado en su mayor parte como “gasto de bolsillo” de las personas²¹. Además, la salida de la convertibilidad implicó en los primeros meses del 2002 un incremento promedio de un 60 % en el precio de los remedios. Según algunas estimaciones entre 15 y 18 millones de personas carecían - a cifras del 2003 - 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 Aires²². De acuerdo a la misma fuente, este escenario abrió paso a la proliferación de formas alternativas de producción y distribución, como la producción pública de medicamentos en el sector farmo - químico.

También resulta necesario considerar para este trabajo que en Rosario se registraron las mismas dificultades en cuanto a desigualdad social se refiere que tuvieron lugar en el contexto nacional. En 1991 de un total de 1.079.359 personas en el Departamento de Rosario 280.988 carecían de Obra Social o Plan Médico Privado o Mutual²³, es decir un 26,03 % de la población. En el año 1996 la *intensidad*²⁴ de la condición de

²⁰ El tema de los factores que inciden en la demanda de medicamentos ha sido tratado particularmente por Katz, Jorge y Miranda, Ernesto “Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación” en *Revista de la CEPAL* N° 54, diciembre de 1994 y por Katz, Jorge; Arce, Hugo; Feller, Jorge; Pérez Arias, Elsa y colaboradores *El Sector Salud en la República Argentina: Su estructura y Comportamiento*, FCE, Argentina, 1993.

²¹ Porcel, Gustavo, *op. cit*, Página 6.

²² II Foro Social de Salud – Buenos Aires – 2003 – Página web: www.forosalud.org.ar Disponible a Junio de 2009.

²³ *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 1991.

²⁴ La *intensidad* se refiere a la cantidad de carencias que determinan la situación de NBI de un hogar y por lo tanto de sus miembros y considera el porcentaje de hogares o población con dos más carencias. En *Niveles de Vida. Pobreza e Ingresos en los 27 aglomerados relevados por la Encuesta Permanente de Hogares*, Secretaría de Programación Económica y Regional, República Argentina, 1998.

Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) en la población de Rosario era de 36, 1 %²⁵. Para el año 2001 se registraban 245.029 hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). A su vez, en el Departamento de Rosario se constataron en ese mismo año de un total de 1.121.558 personas 457.684 (entre zona urbana y área rural) sin cobertura de salud ya sea por Obra Social o Plan de Salud Privado o Mutual²⁶; lo que significa un 40,8 % de la población²⁷.

Por lo tanto, es posible analizar un escenario en donde se conjugan la existencia de importantes necesidades tanto en el área de salud como a nivel general en materia de lo social y el desarrollo de políticas que llevaron a la creación y sostenimiento de un laboratorio de producción pública de medicamentos.

El sector farmo - químico en Argentina: orígenes y evolución

Los orígenes de la industria farmacéutica en nuestro país pueden rastrearse desde la primera mitad del siglo XX. En esas décadas las preparaciones farmacéuticas y especialidades medicinales comenzaban a adquirir presencia como actividad económica²⁸. Ya en las últimas décadas del siglo XIX existían en Argentina algunos boticarios que producían “remedios oficiales”. Esta denominación se origina en la oficina de la botica, que era un pequeño laboratorio donde se producían de manera artesanal medicamentos por encargo en dosis únicas.

A comienzos del siglo XX algunos laboratorios internacionales operaban en el país. Sin embargo, lo hacían sobre la base de establecimientos que comenzaron siendo casas comerciales de importación

²⁵ Ibidem

²⁶ *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 2001.

²⁷ Cabe aclarar que los distintos censos no siempre utilizan iguales variables o incluso varían las definiciones sobre la misma variable.

²⁸ di Salvo, María Teresa y Román, Viviana *Producción de medicamentos y salud pública durante la Primera Etapa Peronista*. En versión electrónica XVIII Jornadas de Historia Económica. Mendoza, Septiembre de 2002. Página 2.

y distribución de productos, por lo que durante años tuvieron gran significación comercial, pero no así industrial²⁹.

A su vez, farmacéuticos y químicos y/o bioquímicos que desarrollaban remedios a partir de recetas magistrales en sus boticas, decidieron iniciar la actividad de manera industrial. Entre los primeros laboratorios podemos encontrar a la “Casa de Productos Químicos y Farmacéuticos Demarchi, Parodi & Cía.” que data de 1886 y que se transformó en 1893 en “Soldati, Craveri y Tagliabue”, a Laboratorios Beautemps fundado en 1891, a Laboratorios Casasco que hacia 1880 ofrecía productos de su elaboración con la marca “Handel”, a Laboratorios Domínguez que comenzó a funcionar en 1904, a la Fármaco Argentina S. A. que data de 1905 y al Instituto Biológico Argentino creado en 1908, entre otros³⁰.

Según datos relevados por el Departamento de Estudios Económicos de CAEME³¹, la participación de la producción farmacéutica en el conjunto manufacturero registra en los 21 años que van desde el Censo de 1914 hasta el de 1935 un período especialmente interesante para su desarrollo industrial.

En la década de 1920 el sector industrial en su conjunto tuvo un muy interesante desempeño. Es importante considerar que durante la primera posguerra una oleada de capitales extranjeros llegó al país; instalándose una cantidad significativa de empresas - especialmente norteamericanas - que introdujeron nuevos bienes y nuevas formas de producción y de organización. Entre 1921 y 1930 ingresaron cuarenta y tres grandes empresas y de ellas el mayor número se concentró en las siguientes ramas: químicos, metales y artículos eléctricos³². La llegada de capitales estadounidenses y alemanes reviste importancia porque tanto

²⁹ Katz, Jorge, Katz, Jorge *Oligopolio, Firms Nacionales y Empresas Multinacionales. La Industria Farmacéutica Argentina*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974. Página 59.

³⁰ Estos datos surgen de la revisión de los ejemplares de “Revista Farmacéutica” desde 1858 hasta 1930.

³¹ Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). *Las Especialidades Medicinales y el Contexto Industrial argentino*, Marzo de 1985. Página 14.

³² Villanueva, J. “El origen de la industrialización argentina” en *Desarrollo Económico*, Vol 12., N° 47, Buenos Aires, 1972. Páginas 462 y 464.

unos como otros eran líderes a nivel internacional en la producción, la investigación y el desarrollo de la industria farmoquímica.

A su vez, los capitalistas alemanes consideraron que podían obtener importantes ventajas de tarifa y cambio instalando fábricas alemanas en Argentina³³. Fue así como entre 1919 y 1928 se fundaron unas noventa sucursales alemanas en nuestro país, entre las cuales se encontraban en el sector farmacéutico Schering, Merck³⁴ y Bayer. Estas firmas elaboraron y distribuyeron al principio productos semiterminados de ultramar; luego, reinvirtieron las ganancias, aumentaron su capacidad y hacia fines de la década del treinta ya habían colmado la demanda argentina y exportaban a países vecinos³⁵.

El ritmo del Proceso Sustitutivo de Importaciones de productos medicinales terminados, en Argentina, fue relativamente rápido en comparación con otros países de América Latina³⁶. En 1905 nuestro país importaba el 86 % de los medicamentos que consumía, en 1919 ese porcentaje disminuyó al 23 %, lo que significa que el 77 % restante se producía internamente; ya en 1942 la industria local producía el 96% de las especialidades medicinales que se comercializaban³⁷. No obstante, la

³³ La mayor parte de la industria química alemana estaba agrupada en un gran consorcio constituido por la I. G. Farbenindustrien, de la cual formaban parte firmas muy importantes entre las que se contaba el laboratorio Bayer. En la Primera Guerra Mundial los aliados se habían apoderado de las patentes alemanas y habían desarrollado sus propias industrias químicas. Algunos años más tarde los capitales alemanes recuperaron sus antiguas posiciones.

³⁴ Luego, Merck – Sharp and Dohme con capitales estadounidenses. Sociedad autorizada a radicarse en Argentina el 9/10/1919 con el nombre de H.K. Mulford (Filadelfia).

³⁵ Newton, Ronald. C. *El cuarto lado del triángulo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1995. Página 52.

³⁶ Román, Viviana *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. Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 2008. Página 45.

³⁷ Krieger, Mario y Prieto, Norma, Krieger, M. y Prieto, N. “Comercio exterior, sustitución de importaciones y tecnología en la industria farmacéutica argentina” en *Desarrollo Económico*, Vol. 17 n° 66. Julio – septiembre de 1977. Página 180.

mayor parte de las drogas y principios activos básicos eran de origen extranjero.

En 1924 – poco tiempo después que en Estados Unidos³⁸ - Argentina había iniciado la producción de insulina, y al promediar la década de 1940 se inició la fabricación de antibióticos a nivel local. En esos años se habían iniciado algunas exportaciones de remedios hacia América Latina. En 1944 el gobierno nacional liberó la importación de materias primas y sustancias utilizadas en la elaboración de drogas y medicamentos y simultáneamente, regulaba la exportación de glándulas y otros productos de origen animal, con el objetivo de fomentar el desarrollo de este sector industrial³⁹.

La revolución en materia de antibióticos a nivel mundial en la década de 1940 (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.

Durante 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 (Ley 111⁴⁰ de 1864) e institucional

³⁸ La insulina se produjo por primera vez en la Argentina en una institución pública: el laboratorio de la Sección Sueroterapia del Departamento Nacional de Higiene, por el Doctor Sordelli y el Doctor Deulefeu. Bramuglia, Cristina y Godio, Cristina “La insulina en la Argentina. Un análisis sectorial”, *Documentos de Trabajo* N ° 43, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, abril de 2005. Páginas 9 y 18.

³⁹ Román, Viviana, *op. cit.* Página 46.

⁴⁰ La ley de 1864 establecía en su Artículo 1° que “*Los nuevos descubrimientos o invenciones en todos los géneros de la industria, confieren a sus autores el derecho exclusivo de explotación, por el tiempo y bajo las condiciones que se expresarán , conforme a lo dispuesto en el art. 17 de la Constitución; este derecho se justificará por títulos denominados ´ Patente de invención´, expedidos en la forma que determinará esta ley*”. Al mismo tiempo, el Artículo 2° establecía que “*El anterior es extensivo no sólo a los descubrimientos e invenciones hechas en el país, sino también a las verificadas y patentadas en el extranjero, siempre que el solicitante sea el inventor, o un sucesor legítimo suyo en los derechos y privilegios, y en los casos y con las formalidades que se prescribirán más adelante*”. El Artículo 3° indicaba que “*Son descubrimientos o invenciones nuevas: los nuevos productos industriales, los*

existente⁴¹. Si bien es cierto que dicha ley no era exclusiva de la actividad farmacéutica fue la que rigió en cuanto a patentes de invención hasta que se sancionó la Ley de Patentes Farmacéuticas de 1995, que entró en vigencia en el año 2000. Es justamente esta reglamentación la que permitió durante muchas décadas que laboratorios nacionales copiaran la formulación de las composiciones farmacéuticas hechas por laboratorios extranjeros que se hallaban “*publicadas suficientemente*” tal y como lo indicaba la ley sin pagar patentes de invención⁴².

En aquellas décadas de 1960 y 1970 la presencia de un elevado número de laboratorios pequeños, no implicaba una baja concentración en el sector. En efecto, ya se verificaba un elevado grado de concentración⁴³ al tener en cuenta “clases terapéuticas” específicas. Como ya se ha mencionado, desde mediados de los setenta en la economía en su conjunto comenzaron a consolidarse dos fenómenos: la concentración y la transnacionalización. Si bien la industria farmacéutica acompañó el ciclo de la concentración, en la década del ochenta se produjo una significativa transferencia de líneas de productos de laboratorios multinacionales a laboratorios de capital nacional. A partir de la desregulación en el mercado de los medicamentos en 1991 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

nuevos medios y la nueva aplicación de medios conocidos para la obtención de un resultado o de un producto industrial”.

Por su parte, el Artículo 4º reviste una importancia fundamental para el tema en cuestión, pues en él se hacía referencia explícita a las composiciones farmacéuticas. El mismo decía que “*No son susceptibles de patentes las composiciones farmacéuticas, los planes financieros, los descubrimientos o invenciones que hayan sido publicadas suficientemente en el país o fuera de él, en obras, folletos o periódicos impresos; para ser ejecutados con anterioridad a la solicitud, los que son puramente teóricos; sin que se haya indicado su aplicación industrial, y aquéllos fueren contrarios a las buenas costumbres o a las leyes de la República*”.

⁴¹ Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge, *Hacia un nuevo modelo de organización industrial*, Alianza, Buenos Aires, 1995. Página 209.

⁴² Román, Viviana, *op. cit.* Página 72.

⁴³ Katz, Jorge, *op. cit.* Página 44.

la participación de las multinacionales se incrementara del 43,1 % al 51,5 %⁴⁴. Según un informe reciente de la Agencia Latinoamericana de Información (ALAI), un grupo de diez multinacionales controla el 58,4% del mercado mundial de medicamentos.

En la década del noventa la Argentina dejó atrás muchos años de precios controlados mediante la aplicación de tres normas legales que 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, al mismo tiempo, de la rentabilidad de la industria farmacéutica. A partir de esto se suponía una ampliación de la oferta local de medicamentos que habría de actuar como elemento disciplinador de la conducta empresaria. Desde esta perspectiva, se eliminaron las trabas a la importación y se redujeron los aranceles con el objetivo de aumentar la competencia imperante en este mercado.

En enero de 1992 se dictó el decreto 150, reglamentado, luego, en abril de ese mismo año. La información periodística de ese entonces da la pauta de las reservas que tuvieron algunos grandes laboratorios respecto de esta norma. El 5 de abril de ese año el diario *La Capital* de Rosario publicaba un artículo titulado *Remedios bajo presión*. En él se expresaba que “*Esta semana podría quedar reglamentado el decreto 150 de enero de 1992 (...) Las presiones demoraron la iniciativa y lograron una suerte de ablandamiento de la letra y espíritu de la norma mediante algunas concesiones logradas en la reglamentación. (...) Según fuentes oficiales, una de las variantes introducidas sería la que permite al médico recetar el nombre genérico de la droga pero indicando a su vez el nombre del laboratorio fabricante (...). También se plantea la alternativa de que el médico recomiende por su nombre genérico pero brindando al paciente la alternativa de dos laboratorios (...). Estas modificaciones fueron logradas por presión de la industria farmacéutica y por pequeñas entidades médico – científicas que publicaron solicitadas en diarios nacionales, todas expresadas en términos similares y realizadas por la misma agencia*

⁴⁴ CAEME – *Evolución del Mercado Farmacéutico Argentino (1980 – 2000)*. Informe trimestral XXXVII. Buenos Aires, 2001.

*publicitaria, con un costo global cercano al medio millón de dólares. (...)”.*⁴⁵

La finalidad del decreto 150 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 mercado⁴⁶. Para ello introducía 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 marco, los laboratorios transnacionales aumentaron la presión para extender la vida útil de las patentes de invención y para elevar el grado de cobertura que las mismas alcanzaban internacionalmente⁴⁷. Finalmente, en 1996 se reglamentó la Ley 24.572⁴⁸, pero se 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).

La Argentina se convirtió, entonces, en el quinto país más caro del mundo en el precio de los medicamentos. Por encima, incluso, de algunos países europeos y pese a exportar una cantidad significativa de productos medicinales a países latinoamericanos a precios inferiores a los vigentes en el mercado interno. Situación que con pocas oscilaciones se mantuvo

⁴⁵ *La Capital*, 5 de abril de 1992. Página 9.

⁴⁶ Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge, *op. cit.* Página 225.

⁴⁷ *Ibidem*. Página 234.

⁴⁸ Ley Nacional Número 24.572. Modificación de la Ley 24.481. Patentes de Invención y Modelos de Utilidad, 1996. Esta ley incluyó en su texto la protección debida a las patentes farmacéuticas y estableció que dicha normativa no sería vigente hasta pasados cinco años de la publicación de la ley: "No serán patentables las invenciones farmacéuticas hasta pasados cinco años de la publicación de la presente ley en el Boletín Oficial. Hasta esa fecha no tendrán vigencia ninguno de los artículos contenidos en la presente ley en los que se disponga la patentabilidad de las invenciones de productos farmacéuticos, ni aquellos otros preceptos que se relacionen indisolublemente con la patentabilidad del mismo", en Romeo, Jorge Horacio "Las Patentes Farmacéuticas", Asociación Argentina de Derecho de Alta Tecnología, Página web: www.aadat.org. Disponible a Julio de 2009.

hasta la devaluación del 2002⁴⁹. A valores del 2001, aunque el 97% del consumo correspondía a fabricación nacional, el mercado de medicamentos involucraba altas remesas al extranjero en concepto de importación de insumos así como pago de regalías⁵⁰, tendencia que no ha sufrido modificaciones.

Según datos del INDEC del año 2007, la industria farmacéutica localizada en el país tiene un gran desarrollo. Su núcleo principal está formado por un lado, por aproximadamente 75 empresas entre las cuales están las de origen nacional (grandes y Pymes) y filiales de empresas multinacionales que cubren más del 90 % de la facturación de la industria; y, por otro, por laboratorios públicos que producen medicamentos fundamentalmente para proveer de ellos a pacientes institucionales.

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

Este núcleo principal de empresas muestra en el primer trimestre del 2002 una retracción considerable en el mercado interno, debido entre otras razones 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*. El cuadro 2 del anexo muestra como a pesar de lo anterior se incrementó la facturación de producción local para el mercado interno.

La facturación total⁵¹ 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

⁴⁹ Porcel, Gustavo, *op. cit.*, Página 8.

⁵⁰ Tobar, Federico, “Acceso de los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas”, *Documento de Trabajo PIA-ISALUD*, Buenos Aires, 2001, Página 10.

⁵¹ La facturación total incluye la facturación de producción propia para su venta en el mercado interno y para la exportación, y la reventa local de importados.

2001 en 52,7 %. En tanto que la facturación total del primer trimestre del año 2007 se incrementó en 39,5 % respecto de la igual período del año 2006⁵², y superó a la de los primeros trimestres de 2005 y 2004 en 32,4 % y 51 %, respectivamente.⁵³ En el cuadro número 3 del anexo se puede observar la facturación de producción propia en concepto de ventas al mercado interno.

Por último, cabe resaltar que en un mercado de competencia imperfecta como el antes descripto, la aplicación de la idea liberal como inspiradora de las políticas públicas nacionales 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.

Evolución del sistema de salud y producción pública de medicamentos en Argentina

Si bien la parte del consumo de especialidades medicinales en Argentina que se produce en instituciones públicas es pequeña, la relevancia es grande en virtud de la importancia de esta producción en el mercado de medicamentos. Según datos del 2001, el monto total de la producción pública se estimaba en \$423 millones, lo cual correspondía al 7,1% del gasto total⁵⁴. Hoy en día existen laboratorios en distintas provincias⁵⁵ que producen o tienen capacidad para elaborar medicamentos. No obstante, una primera preocupación del Estado por este tipo de producción se originó en el contexto de la Primera Guerra Mundial, pues se habían generado algunos problemas en el abastecimiento de medicamentos; esto llevó a que el gobierno de la Nación creara el Instituto

⁵² Las ventas al mercado interno (producción local más importaciones) tuvieron un incremento del 33,4 %, mientras que las exportaciones registraron un aumento del 98 %.

⁵³ Información de Prensa, INDEC, Buenos Aires. 24 de mayo de 2007.

⁵⁴ Tobar, Federico, *op. cit.* Página 10.

⁵⁵ 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.

Bacteriológico⁵⁶, en él se fabricaban algunos productos medicinales. Unas décadas más tarde, a mediados de los años cuarenta, esta preocupación se hizo nuevamente presente; ligada esta vez a las transformaciones que se fueron produciendo en la estructura del sistema de salud.

Durante el primero y 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 y se crearon instituciones y mecanismos tendientes a impulsar acciones acordes con una concepción redistribucionista en las prestaciones médico – asistenciales y farmacéuticas.

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.

En la segunda mitad de la década de 1960, se expandió el sistema de Obras Sociales, que transitó de la voluntariedad a la obligatoriedad de afiliación. A lo largo de la década del setenta, se produjo la consolidación de las instituciones intermedias (el sistema de seguridad social y las federaciones que nuclean a profesionales, clínicas privadas y cámaras empresarias de la industria farmacéutica). El veloz desarrollo del sector prestador privado y la 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.

⁵⁶ 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.

En la década del setenta, especialmente luego del golpe de Estado de 1976, la capacidad privada instalada se incrementó en más de un 50 % (en términos de camas), aunque lo hizo de manera desordenada. Entre tanto, los hospitales públicos perdieron aceleradamente el monopolio de los recursos de alta complejidad y se desfinanciaron poco a poco por el achicamiento de los presupuestos estatales de salud⁵⁷.

Las reformas estructurales de los años noventa profundizaron esta tendencia y en consecuencia, el sistema de salud pública enfrentaba múltiples limitaciones. En Rosario fuentes periodísticas locales señalaban en 1998 que la crisis de la seguridad social presente en todo el país se sentía en esa ciudad notoriamente. Al ser entrevistada por *Rosario 12*⁵⁸ Susana Belmartino sostiene que “(...) De 707. 314 rosarinos que en 1991 estaban contenidos dentro de la seguridad social, ese número descendió en 1998 a 500. 000. En el sector público la Municipalidad cubre el 60 por ciento de la atención y cuenta con la única Unidad de Terapia Intensiva Infantil.” (...) “Es posible señalar que el número de camas privadas se redujo sensiblemente en los primeros años de la década del 90 coincidiendo con la crisis financiera de las obras sociales y la introducción de los contratos capitados”⁵⁹, dice Susana Belmartino,

⁵⁷ Katz, Jorge; Arce, Hugo; Feller, Jorge; Pérez Arias, Elsa y colaboradores, *op. cit.* Página 26.

⁵⁸ *Rosario siente la crisis de la seguridad social*, en *Rosario 12*, 12 de julio de 1998. Página 8.

⁵⁹ Existen diversos modelos de pago a proveedores del sector salud, uno de ellos es el pago por capitación (o por “cápita”). Este es un método de financiamiento mediante el cual el proveedor recibe un pago predeterminado por cada paciente que se inscriba, afilie o registre con ellos. Este pago “capitado” debe costear un determinado “paquete” de servicios que deberá ser brindado a cada miembro de la población definida según sea requerido. Un tema interesante que suele asociarse a esta cuestión de las diferentes modalidades de pago, es la distribución del “riesgo” (riesgo económico). En el sistema de pago por cápita (donde el riesgo es el de gastar más que el presupuesto previamente definido y ya pagado por el financiador por adelantado) dependerá si esa suma acordada para financiar las prestaciones a la población capitada tiene o no “ajustes”: si no los tiene, el riesgo es para el proveedor, si los contempla, recae en el financiador. ¿Cuáles son los principales reparos que se le hacen al modelo de pago por capitación? Que en vez de manejar el riesgo económico buscando las formas clínicamente más eficaces y eficientes como por ejemplo, el fortaleciendo de estrategias de prevención, favoreciendo estrategias clínicas en reemplazo de la internación

directora de la Maestría en Salud de la Universidad Nacional de Rosario.” Análisis⁶⁰ referidos a la evolución de la política social argentina en la década de 1990 sostienen que si se evalúan los esfuerzos del Estado en el área, la cuestión social no constituyó un tema central.

Dichos estudios enfatizan que el desinterés del Estado por una verdadera reforma social en todos los ámbitos quedó puesto de manifiesto en que en los años expansivos de la década del noventa el nivel del gasto social fue inferior al alcanzado durante el “mejor” período de los ochenta: 1986-1987. En 1996 (en el contexto de intensificación de la vulnerabilidad externa, ingresos fiscales insuficientes y exigencias de equilibrio fiscal por parte del Fondo Monetario Internacional) se redujo por primera vez el gasto social en un año en el cual la economía creció a más del 5 % anual. Además, existen otros temas que cuestionan el modelo de reforma social realizado en los años noventa. Uno muy importante es la existencia de nuevos problemas sociales y poblaciones vulnerables. Los planes existentes a fines de los noventa estaban dirigidos a situaciones de pobreza estructural (es decir, hogares con carencias crónicas y, en general, ubicados en asentamientos y barrios de emergencia). Sin embargo, la magnitud de la crisis en Argentina en las últimas décadas ha llevado a hogares con características muy distintas a una situación de pobreza o, al menos, de alta vulnerabilidad.

A su vez en esos años se retomó en todo el país la política descentralizadora, observándose nuevamente el predominio de objetivos financieros. Es posible verificar la existencia de algunos hospitales dotados de una estructura jurídica que permitió su descentralización, esta política

hospitalaria, limitando la referencia indiscriminada a niveles de mayor complejidad, recurran a otros mecanismos como la subprestación, el ajuste del costo reduciendo la calidad de la prestación, la excesiva derivación a especialistas y la posibilidad de “selección de riesgo” (como un paciente más sano genera menos costos de atención, el proveedor puede enfocar sus esfuerzos en seleccionar pacientes más sanos o con menores riesgos asociados).

⁶⁰ Acuña, Carlos H.; Kessler Gabriel y Repetto, Fabián *Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer la política social*. Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. Coordinado por el Center for Latin American Social Policy - CLASPO- The University of Texas at Austin , Buenos Aires, 2002. Páginas 1 a 4.

se prolongó en las disposiciones sobre hospitales de autogestión⁶¹. Sin embargo, merece destacarse que desde la perspectiva de algunos analistas⁶² 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.

Contamos actualmente, 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). La infraestructura pública de servicios soporta 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 el crecimiento de la desocupación que buscó refugio en el campo de la atención pública.

En cuanto a la provisión de medicamentos, se calcula que actualmente más de la mitad de la población no tiene acceso a los denominados Medicamentos Básicos Esenciales (MBE). El tema de los medicamentos es arquetípico, pues contribuyó a agravar la desigualdad en un área donde la inequidad ya estaba instalada. A datos del 2001⁶³, 18

⁶¹ 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. En Belmartino, Susana, *op. cit.* Página 210.

⁶² Cortés, Rosalía y Marshall, Adriana, *op. cit.* Página 204.

⁶³ Tobar, Federico, *op. cit.* Página 10.

millones de personas estaban fuera de cobertura y más del 70 % del gasto de medicamentos en ambulatorio era financiado como gasto de bolsillo.

El Laboratorio de Especialidades Medicinales de Rosario

El LEM⁶⁴ se encuentra emplazado dentro de los límites de la ciudad de Rosario, el edificio cuenta con unos 2000 metros cuadrados y posee dos plantas y un subsuelo. Se gestó a principios de 1992, pero reconoce antecedentes en el Laboratorio del Hospital Clemente Álvarez y en la Droguería Municipal. Lugares en los que desde 1988 de modo artesanal se llevaban a cabo tareas de preparación de medicamentos para distribuirlos y satisfacer la demanda de los hospitales, maternidades y centros de salud de la Municipalidad de Rosario. Desde sus inicios el laboratorio fue autorizado para distribuir sus productos únicamente en los establecimientos asistenciales dependientes de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad⁶⁵.

Según 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, sino que formó parte de un proceso con un fuerte contenido político. Remarca, en este sentido, que la atención primaria de la salud se desarrolló profundamente y de manera diferente a como se estaba llevando a cabo en

⁶⁴ Para el análisis del caso en cuestión se efectuaron entrevistas a la bioquímica Dra. Mónica Fein, Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario durante el 2007. Quien participó de la creación del Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) y trabajó en él durante muchos años y a los responsables actuales del Laboratorio, Sergio A. Maroevich, Coordinador General del Laboratorio; Juan Martín Müller, Director Técnico y Leandro Dib, Jefe de Control de Calidad. Se han utilizado también fuentes institucionales, periodísticas y estadísticas que se detallan al final del trabajo.

⁶⁵ 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.

el resto del país en ese entonces. Ya en 1989 antes de que los socialistas ganaran la intendencia de la ciudad de Rosario y en ocasión de la campaña proselitista Héctor J. Cavallero y Enrique Gruning, candidatos a Diputados Nacionales por la Provincia de Santa Fe en representación de Unidad Socialista, manifestaban cuál sería su labor en caso de acceder a una banca. Decían en ese entonces que “(...) *el Sistema Nacional de Salud – ‘no puede ser un privilegio’ – y específicamente por el tema medicamentos.*”. Gruning aseveró que “(...) *se debe garantizar que el uso de los dineros con los que se contribuye para asegurarse el beneficio de la salud, no dependan de usos distorsionados de los fondos que se allegan*”⁶⁶. Desde la perspectiva de la Secretaria de Salud Pública antes mencionada, estas ideas estuvieron presentes en el diseño de las políticas públicas en el área de salud una vez que los socialistas accedieron a la intendencia de Rosario. Sostuvo que se trata de un concepto integral en salud, muy unido al contexto donde la gente vive, sufre y se enferma⁶⁷.

Entendemos que 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 perspectiva de análisis, las claves explicativas no están en las características individuales, sino en las condiciones sociales, en las relaciones grupales, en los aspectos culturales y en los valores prevalentes en cada sociedad.

En 1989 asumió como intendente Héctor J. Cavallero y convocó al médico Hermes Binner que se había especializado en Salud Pública para ser Secretario en ese área, cargo en el que se desempeñó entre 1989 y 1993. Posteriormente, en 1995 fue electo intendente y reelecto en 1999.

El objetivo parece haber sido recuperar la lógica hospitalaria y en consecuencia, las fuentes indican que se efectuó un equipamiento y remodelación de hospitales, y se desarrolló un sistema de atención

⁶⁶ Cavallero y Gruning: *afianzar las leyes sociales y laborales* en *La Capital*, 9 de mayo de 1989. Página 10.

⁶⁷ 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.

primaria. En este sentido, pueden tomarse en cuenta algunas consideraciones incluidas en documentos institucionales. En ellos se consigna que “*Los dos pilares fundamentales de la política en salud de la Municipalidad de Rosario – atención primaria y participación – apuntan a la construcción del modelo ausente y con vistas a un horizonte propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1978: ‘La salud para todos en el año 2000’.*”

*Para cumplir con tal objetivo, la política de la Secretaría tiene su fundamento en dos aspectos. El primero de ellos es la organización de un sistema de atención médica basado en la estrategia de la atención primaria. (...) El otro aspecto, que debe conjugarse con el primero para que el plan funcione, se basa en el reconocimiento y fomento de la participación tanto de la comunidad hospitalaria como de la comunidad en general. (...).*⁶⁸” A su vez, respecto de los medicamentos la documentación institucional sostiene que “*(...) Ante esta realidad la Secretaría de Salud Pública procedió a desarrollar un plan de regularización que permitiera, en el menor tiempo posible, la aplicación y pleno cumplimiento de todas las normas vigentes para adquisición de medicamentos.*⁶⁹” Con referencia a la Droguería Central Municipal el documento afirma que “*Uno de los objetivos de la Secretaría es lograr el incremento de la producción de fármacos, tanto en cantidad como en variedad. Para lograrlo fue necesario un equipamiento progresivo en el sector. Desde el mes de enero fueron instalados un desmineralizador y un destilador para la producción de sueros; un tanque de acero inoxidable con agitador eléctrico para pediculicidas y becarios de la U.T.N. construyeron una dosificadora de jarabes. También se adquirió una batidora para la elaboración de pomadas y un compresor para una línea de aire comprimido central.*⁷⁰”

Es en este marco en el cual se insertó la idea de creación de un laboratorio de producción pública de medicamentos, cuyo objetivo en una

⁶⁸ *Hechos y Resultados. Síntesis de un año de gestión.* Gobierno Municipal de Rosario. Febrero de 1991. Sin Página.

⁶⁹ Ibidem. Sin Página.

⁷⁰ Ibidem . Sin Página.

primera etapa fue la producción propia como elemento de ahorro. La Secretaria de Salud Pública entrevistada caracterizó al sistema de salud que se desarrolló desde 1989 como un sistema abierto, de acceso universal y que garantiza la totalidad del tratamiento. Remarcó que el pedido de toda la Secretaría de Salud se construye a partir de la necesidad de la gente. Esto significa que cada centro de salud al igual que cada hospital pide lo que necesita para atender a la población que tiene a su cargo. A partir de esta información, la Secretaría le pide al LEM o licita lo que éste no puede cubrir.

En 1997 la ordenanza municipal 6.310 constituyó al LEM en Sociedad del Estado⁷¹, teniendo como único accionista al Estado municipal. Curiosamente esto tuvo lugar en el marco de una década signada a nivel nacional por la Reforma del Estado. Las investigaciones señalan que a comienzos de la década del 2000 ya no quedaban rastros del viejo Estado empresario. De las 89 empresas públicas nacionales registradas hacia 1990, 27 habían sido privatizadas, 12 concesionadas, 2 se encontraban en proceso de privatización, 30 estaban liquidadas o estaban en vías de liquidación y sólo quedaban 18 en funcionamiento, no obstante algunas habían sido reestructuradas⁷². Esta situación refuerza el interés por el análisis de un caso que se presenta con un grado de excepcionalidad relativamente alto.

Cabe entonces aquí destacar que el tipo societario en cuestión fue establecido por la Ley Nacional Sociedades del Estado N° 20.705 de

⁷¹ La ordenanza de creación en su artículo segundo define los objetivos de la sociedad: planificar y ejecutar la producción municipal de medicamentos, propendiendo a satisfacer la demanda de los establecimientos y servicios de salud municipales y a la provisión racional y coordinada de los productos requeridos por los mismos; comercializar su producción con efectores públicos municipales, provinciales, nacionales, no gubernamentales y privados nacionales y extranjeros, en este último caso con autorización del Honorable Consejo Municipal. Podrá desarrollar la capacitación de profesionales en materia de farmacología terapéutica y todo lo inherente a la farmacia industrial; jerarquizar el ejercicio del control de calidad sobre materias primas, fármacos producidos, monodrogas y sus derivados; coordinar con institutos nacionales, provinciales o municipales el intercambio de insumos y fármacos.

⁷² Belini, Claudio y Rougier, Marcelo *El Estado empresario en la industria argentina. Conformación y crisis*. Manantial, Buenos Aires, 2008. Página 42.

1974⁷³. Esta norma indica que en su artículo número 1 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.”. Asimismo, el artículo número 3 destaca que “En ningún caso las sociedades del Estado podrán transformarse en sociedades anónimas con participación estatal mayoritaria ni admitir, bajo cualquier modalidad, la incorporación a su capital de capitales privados.” Y además, el artículo número 5 dice que “No podrán ser declaradas en quiebra. Sólo mediante autorización legislativa podrá el Poder Ejecutivo resolver la liquidación de una sociedad del Estado.”

Según nuestra entrevistada la constitución del LEM como Sociedad del Estado permitió una mayor agilidad y autonomía sin perder de vista que se trata de una empresa pública. A principios de febrero de 1997 el entonces intendente socialista de Rosario, Hermes Binner anunciaba la política social proyectada por el Ejecutivo para aquel año. Con referencia a la Salud Pública y en declaraciones al diario *La Capital*⁷⁴ el intendente (sic) “(...) defendió el principio solidario que viene sosteniendo esa dependencia (...) Dentro de las proyecciones para esta área, el intendente resaltó la tarea que va a desempeñar el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM), convertido recientemente en sociedad del Estado, ´ hecho que permitirá extender la producción de medicamentos e intercambiar productos con entes públicos y privados, favoreciendo la accesibilidad de los medicamentos a los sectores más desprotegidos`(...)”.

Desde el punto de vista organizacional el LEM en su condición de Sociedad del Estado posee un directorio - que es nombrado por el Consejo Municipal y dura 2 años en sus funciones - , los trabajadores están sindicados en empleados de farmacia. El Coordinador General es el nexa

⁷³ Ley Nacional Número 20. 705. Sociedades del Estado. Sancionada: 31 de julio de 1974. Promulgada: 13 de agosto de 1974. Publicada en el Boletín Oficial: 26 de agosto de 1974.

⁷⁴ *La Salud Pública, eje del plan social en La Capital*, 12 de febrero de 1997. Página 12.

entre el directorio y las gerencias de Calidad, de Recursos Humanos y de Administración que posee el laboratorio. De cada una de ellas se van desprendiendo distintas funciones.

En el 2002 los productos elaborados obtuvieron su aprobación a nivel provincial mediante la resolución número 48/02 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, lo que le permitió al laboratorio ser proveedor de los efectores públicos provinciales. Ya en el año 2003 consiguió la habilitación de la ANMAT⁷⁵ y en el 2004 la resolución número 379/04 del Ministerio de Salud de la Provincia amplió el alcance de los medicamentos producidos por el LEM a las instituciones que integran el sistema de seguridad social, tales como obras sociales, obras sociales sindicales, asociaciones mutuales y demás entidades sociales.

En cuanto a los destinatarios de la producción de este laboratorio, consecuentemente con las definiciones políticas antes incluidas nuestra entrevistada nos informó que a mediados del 2007 el LEM representaba aproximadamente el 45% de lo que demandaba la atención primaria y alrededor del 20 % de lo requerido por los hospitales. Por su parte, el Coordinador General del Laboratorio, el Director Técnico y el Jefe de Control de Calidad – también entrevistados - enfatizaron 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 Fe⁷⁶ que es provincial⁷⁷. El destino de estos productos son los hospitales

⁷⁵ 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.

⁷⁶ 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.

provinciales. Fuentes periodísticas destacaban ya en 1992 que Santa Fe estaba en condiciones de fabricar sus propios medicamentos, el diputado provincial socialista Juan Carlos Zabalza afirmaba en esa oportunidad que “*‘ Santa Fe está en condiciones de generar sus propios medicamentos, pero si se coordina la acción entre el laboratorio central que existe en la ciudad Capital y el que está en Rosario’. (...) consideró que si se coordina la acción entre el Gobierno de la provincia y la Municipalidad de Rosario ‘ Santa Fe puede llegar a tener – en muy corto plazo – el más eficiente servicio de Salud Pública del país’.*”⁷⁸»

Sin embargo, nuestros entrevistados destacaron – en 2007 - la existencia de dificultades de orden político, pues en ese entonces la provincia estaba gobernada por el justicialismo y la municipalidad por el socialismo. A pesar de eso, manifestaron que dicho intercambio se pudo sostener en el tiempo debido a la existencia de una buena relación entre los dos laboratorios. Además, los cuatro entrevistados señalaron que el LEM se ha presentado en licitaciones públicas para la venta de sueros, compitiendo con los laboratorios privados.

Con relación a los insumos, el Director Técnico del Laboratorio manifestó que las drogas⁷⁹ se compran a droguerías que están en un 99 % en Buenos Aires, todas ellas calificadas por el sistema de gestión de calidad. Con respecto a los envases, se compran también en Buenos Aires; a excepción de los sachets de suero que son provistos por una empresa de Rosario. Al ser el laboratorio Sociedad del Estado el mecanismo de compra es sin licitación, en el caso de las drogas muchas veces hay

⁷⁷ 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 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.

⁷⁸ *La Capital*, 3 de febrero de 1992. Página 5.

⁷⁹ La mayoría de las drogas que se utilizan en la elaboración de medicamentos en Argentina se importan. En la actualidad hay una presencia importante de las producidas en diferentes lugares de Asia.

comparación de precios, y en función del precio y la calidad se hace el pedido.

Al mismo tiempo, el Jefe de Control de Calidad aseveró que hay empresas que la misma droga la obtienen por pasos de síntesis resumidos, cumpliendo con los ensayos de calidad que requiere la farmacopea. No obstante esto, afirmó que no son de la misma calidad que las siguen paso por paso la farmacopea y que el desempeño del producto es totalmente diferente para las formulaciones.

En lo que a tecnología se refiere el Coordinador del LEM, el Director Técnico y el Jefe de Control de Calidad sostuvieron que para el 2007 el laboratorio contaba con dispar tecnología según el sector de que se tratara. Sectores como líquidos y semisólidos tenían una automatización bastante importante y equipos no tan viejos. Otros sectores, como en el caso de sólidos o el sector de sueros contaban con una tecnología que había quedado muy por detrás de la disponible, con una antigüedad de alrededor de diez años. 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 cuenta también con un sector de ingeniería y mantenimiento que desarrolla 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 tienen ese sistema.

A propósito del control de calidad, nuestra entrevistada aclaró que en los inicios de la conformación del laboratorio hacían poco control interno, se controlaba internamente lo más importante y el resto se enviaba por medio de un convenio a la Facultad de Farmacia y Bioquímica. Después el propio ANMAT fue solicitando que todo el control de calidad fuera propio. En este mismo sentido, el Director Técnico del LEM manifestó que con el correr de los años el sector de control de calidad se fue equipando y fue ampliando la variedad de análisis que realiza. No obstante, señaló que también se deriva a otros laboratorios y al Colegio de Bioquímicos y Farmacéuticos de Buenos Aires cuando no tienen los

equipos requeridos o cuando se están abocando al desarrollo de nuevos productos y se están llevando adelante controles de calidad ligados a la presentación de certificados en el ANMAT.

Respecto del personal empleado, el laboratorio contaba en el 2007 con cincuenta y cinco 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. Poseían veintiún profesionales de Hospitales con títulos en su mayoría farmacéuticos, también bioquímicos, ingenieros y contadores, además de una cantidad de técnicos (como Técnicos Químicos y Técnicos Electrónicos).

Resulta de importancia considerar aquí que el personal empleado reviste interés más allá de la cantidad y de la formación en la medida en que las organizaciones generan, almacenan y administran una gran cantidad de información. Es así como, cotidianamente, se despliegan rutinas tanto planificadas como ideadas por los trabajadores en su interacción diaria. En este sentido, se destaca 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 trabajo.

Al mismo tiempo, es necesario resaltar el tema de la regulación en la producción y en el trabajo. En esta última materia la ANMAT ha establecido una serie de normas, denominadas de buena práctica de manufactura (GMP), que reglan el funcionamiento del sector farmacéutico y tienden a alinearse con las normativas de las autoridades estadounidenses y europeas. En el año 2002 cuando el LEM obtuvo la aprobación provincial contó con la certificación de las normas ISO 9001 – 2000. La entrevistada señaló que esto representó una inversión importante, pues se proponían hacer medicamentos de calidad. Asimismo, los responsables del laboratorio manifestaron que durante el año 2007 se estaba tratando de resolver una serie de dificultades edilicias, pues las buenas prácticas de fabricación tienen exigencias en cuanto a la distribución de ambientes para la producción, para los depósitos y para la circulación. Estas requieren, por

ejemplo, un techo de una determinada altura que según lo manifestado por nuestros entrevistados les impedía tener un entretecho técnico, y especialmente tenían problemas de circulación, pues el edificio cuenta con tres plantas. Desde que el Laboratorio se constituyó en Sociedad del Estado los cambios en la legislación fueron ajustando todavía más las exigencias.

El aseguramiento de la calidad 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 los mismos. La ANMAT exige que se realice un estudio de biodisponibilidad comparada de los productos que tienen la ventana terapéutica más estrecha⁸⁰, porque son los de mayor interés farmacológico con relación a la bioequivalencia⁸¹. En ellos es importante determinar la ausencia de efectos adversos por ineficacia o por intoxicación. De todas maneras, en la mayoría de las instituciones que realizan producción pública no se elaboran remedios de ventana terapéutica estrecha, ejemplo de esto es el caso del laboratorio aquí analizado. No obstante, nuestra entrevistada aclaró que hay mecanismos de información en cada centro de salud y en cada hospital.

En el mismo sentido, los responsables del Laboratorio afirmaron que tienen un sistema de control de la eficacia de sus productos porque el sistema de salud de la Municipalidad lo permite. El mismo está organizado de manera que cada persona según el lugar en donde vive tiene asignado

⁸⁰ 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.

⁸¹ En conjunto, se considera que dos medicamentos son bioequivalentes si son equivalentes farmacéuticos (es decir, si contienen la misma cantidad del mismo principio activo en la misma forma de dosificación) y si su biodisponibilidad (en magnitud y velocidad) después de su administración a dosis iguales (molares) son similares en tal grado que, sus efectos, en términos de eficacia y seguridad, se supone serán esencialmente los mismos. Se asume, por tanto, que si se cumplen estos requisitos las dos especialidades farmacéuticas son intercambiables, es decir, una de ellas puede sustituir a la otra en el tratamiento de una enfermedad o síntoma en un paciente concreto.

un médico de cabecera en su centro de salud. Esto se constituye en un nivel de fármaco vigilancia porque desde que está el LEM la Secretaría de Salud Pública utiliza los productos de dicho Laboratorio. De todas formas, el Jefe de Control de Calidad aseveró que cuando se fabricaron los primeros lotes de medicamentos⁸² la Facultad de Farmacia y Bioquímica hizo estudios de bioequivalencia y se encontró que la dosis en sangre era la estipulada.

También es interesante poner de relieve la existencia de una Red de Laboratorios⁸³ a nivel nacional, el LEM participa en ella. Desde la óptica de nuestra entrevistada esto puede 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. En este aspecto, destacó la necesidad de un relevamiento de datos sobre la capacidad instalada de cada uno para llevar adelante algún proceso de articulación.

A su vez, los responsables del laboratorio 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, todos nuestros entrevistados resaltaron la irracionalidad existente en que todos los laboratorios de producción pública fabriquen las mismas especialidades y en pequeña escala.

⁸² Cabe aclarar que la legislación no solicita este tipo de estudios para los medicamentos que viene produciendo este laboratorio.

⁸³ 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 *Revista del Instituto de Tecnología Industrial (INTI)*, Octubre de 2007. Versión Digital – Páginas 1 a 3.

Cabe mencionar, entonces, que si bien el Estado nacional argentino fabrica cierta cantidad de medicamentos a través de sus laboratorios públicos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación. De hecho en la actualidad el LEM tiene una gran variedad de productos⁸⁴ que atenta contra la productividad y colateralmente contra la sustentabilidad económica, siendo además medicamentos que ya otros laboratorios de producción pública hacen. Desde este punto de vista, la Red Nacional debería llevar adelante acciones en pos de este objetivo para poder lograr la especialización de los laboratorios en determinadas producciones.

Estas particularidades restringen el impacto que podría tener dicha red. No obstante esto, lo interesante de la experiencia aquí incluida es la potencialidad de la misma en generar redes extraterritoriales que permiten la coordinación de capacidades y la incidencia de los diferentes actores involucrados en la organización y desarrollo del LEM. Los responsables del laboratorio manifestaron tener un conjunto de perspectivas a futuro respecto de las posibilidades del mismo. En tal sentido, el Jefe de Control de Calidad manifestaba que las expectativas que cada uno posee sobre el porvenir de esta organización se constituyen a partir de una mezcla de visiones y anhelos personales. Pues, si bien quienes se encargan de las cuestiones técnicas dentro del laboratorio le reconocen a la municipalidad un importante aporte político, ponen de relieve que atrás hubo un trabajo técnico que fue el que llevó adelante el proceso y que dependió de la voluntad de las personas que trabajan en la institución. En palabras de una de nuestras fuentes *“(...) esta es la piedra fundamental para muchas cosas, puede dispararse para muchos lugares una entidad como esta, siempre que haya voluntad política y cintura de los que la hacen funcionar”*.

Asimismo, desde la mirada de los entrevistados existe la posibilidad de pensar en convenios de investigación con las universidades. Ello podría otorgarle una mayor proyección al laboratorio y así utilizar la capacidad ociosa con la que cuenta. Esto resulta relevante porque indica la

⁸⁴ Según datos obtenidos en el LEM elabora setenta especialidades medicinales.

importancia de las relaciones con las llamadas instituciones del “entorno” (universidades, unidades gubernamentales, corporaciones profesionales, entre otras), revalorizando el carácter interactivo y sistémico de la innovación y la presencia de relaciones tecno-económicas que pueden ser detectadas no sólo en los *loci* característicos (empresas y unidades de I&D), sino también en otros ámbitos⁸⁵.

Por último, nuestros entrevistados se manifestaron respecto del rol del Estado en materia de regulación. En perspectiva comparada ponderaron favorablemente las acciones del Estado en Brasil. 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*”⁸⁶. Esto significa 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 más baratos.

Además, desde el punto de vista de nuestros entrevistados lo destacable de las acciones llevadas adelante en Brasil es que el Estado se haya convertido en oferente de medicamentos en el mercado. Se lanzó al mismo con precios relativamente altos como para obtener un margen razonable y al mismo tiempo, lo suficientemente bajos como para provocar 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 también fue enfatizada por nuestras fuentes, quienes destacaron que cuando el LEM se presenta en licitaciones públicas logra que los laboratorios privados que participan de ellas reduzcan el precio ofertado. En este sentido el accionar del LEM se presenta muy importante como mecanismo de regulación del mercado, especialmente desde su constitución como Sociedad del Estado en virtud de todas las características de este tipo societario antes señaladas.

⁸⁵ Para el tema del carácter interactivo y sistémico de la innovación puede verse las obras de Dosi, G, Lundvall, Bengt-Åke, Pérez, C., Rosenberg, N. entre otros.

⁸⁶ Lipcovich, Pedro “Un freno a los laboratorios”, en *Página 12*, 28 de mayo de 2003. Versión Digital.

Resulta interesante resaltar la función cumplida por el LEM en la coyuntura de la crisis del 2001. Según señaló la entrevistada en cuanto a provisión de medicamentos en ese entonces lo único que no se interrumpió fueron las entregas del laboratorio; manifestando que tener una fabricación pública fue determinante en un momento donde no había precios, los laboratorios privados no vendían y la municipalidad tenía recursos insuficientes. En este contexto es muy importante no perder de vista la situación socio - económica de Rosario; pues, como ha quedado puesto de manifiesto en las cifras sobre NBI y carencia de cobertura de salud, esta ciudad acompañó el ciclo de regresividad en los indicadores sociales a nivel nacional más arriba incluidos. Los siguientes datos aportan más elementos a la descripción de este escenario, en los meses de mayo de los años 1998 a 2002 se registró en el Gran Rosario⁸⁷ una elevación de la tasa de desocupación: 13, 8 %, 14,9 %, 18,5 %, 20,1 % y 24,3 %⁸⁸, respectivamente.

Asimismo, en fuentes periodísticas locales⁸⁹ del 2002 se destacaba que “(...) *durante las jornadas en que los distintos distritos de la ciudad discutieron la conformación del próximo presupuesto municipal (...) quedó claro que la gente no exigió cosas que no pueden concretarse u obras irrealizables; los rosarinos solidariamente pidieron medicamentos y decidieron ampliar las partidas de dinero para fortalecer el Laboratorio de Especialidades Medicinales(...)*”. En esta misma fuente periodística también se ponía de manifiesto que el consultor de Desarrollo de Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el brasileño Antonio Azevedo sostenía que “(...) *Rosario desarrolla políticas sanitarias muy interesantes y hace esfuerzos importantes para plantear en forma adecuada los problemas de salud que se presentan en la ciudad. (...) Es una ciudad donde existe un servicio de salud municipal desarrollado. (...)*

⁸⁷ El aglomerado Gran Rosario está compuesto por: Rosario, Villa Gobernador Gálvez, San Lorenzo, Granadero Baigorria, Capitán Bermúdez, Pérez, Funes, Fray Luis Beltrán, Roldán, Puerto General San Martín, Soldini.

⁸⁸ Evolución de la tasa de desocupación por aglomerado urbano del interior. INDEC - 1985/2003.

⁸⁹ *La Capital*, 25 de noviembre de 2002. Página 11.

*Con respecto a otras ciudades del país, luego de Capital Federal, Rosario destina proporcionalmente uno de los porcentajes más altos de su presupuesto para la salud (...)*⁹⁰. Todo lo anterior contribuye a dar cuenta de la función que cumple la Empresa Pública en la sociedad.

Algunas reflexiones finales

Nuestro punto de partida fue revisar críticamente la organización del LEM en tanto empresa pública constituida como Sociedad del Estado. Para ello se ha prestado especial atención a las particularidades de la misma en tanto PyME en el marco de un retroceso general de la empresa pública. Esto último resulta un interesante indicador de la complejidad de la realidad histórica y permite revalorizar los estudios de caso como evidencia empírica que posibilita observar la heterogeneidad del proceso.

Como hemos puesto de manifiesto en 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. En este sentido, el LEM en Rosario es junto a otros laboratorios destacados de producción pública de medicamentos en Argentina un caso paradigmático. Se trata del LIF antes mencionado y del Laboratorio de Hemoderivados dependiente de la Universidad Nacional de Córdoba.

En virtud de lo anterior, es necesario poner de relieve la importancia de las políticas de salud instrumentadas en la ciudad de Rosario a partir de 1989 que rescatan el concepto de salud integral. Uno de los ejes fue la creación de la Dirección de Atención Primaria con autonomía en la compra de medicamentos e insumos y no dependiente de hospitales, y las otras definiciones fundamentales en materia de salud pública fueron la formación de recursos humanos para poder asumir un proceso innovador y la creación de la Dirección de Epidemiología para saber de qué se enferma la gente, en qué lugar y porqué. Todas estas

⁹⁰ Bazzoni, Carina “El sistema sanitario rosarino cosecha elogios internacionales”, en *La Capital*, 25 de noviembre de 2002. Página 11.

definiciones se insertaron en la idea de conformación de un laboratorio público de especialidades medicinales y constituyeron la condición de posibilidad de su creación.

Dicha creación estuvo vinculada, entonces, a la aplicación de determinadas políticas públicas en salud. Como consecuencia de ello en el trabajo se han examinado las posturas existentes en el mundo respecto de la universalización y la focalización en el diseño y la ejecución de estas políticas. Asimismo, se prestó especial atención a los orígenes y evolución del LEM en tanto es uno de los laboratorios que pueden considerarse como pioneros en la producción pública de medicamentos en Argentina. Además, es muy relevante enfatizar el rol preponderante que ha cumplido este laboratorio en el marco de políticas públicas que como ya hemos señalado comprendieron algunos criterios de universalidad y se revelaron muy efectivas en un escenario de aguda crisis social como en el 2001.

Al mismo tiempo, resulta de interés destacar que junto a otras instituciones el LEM forma parte de una Red de Producción Pública de Medicamentos a nivel nacional; y si bien existen problemas de coordinación en ella es importante la potencialidad de la misma respecto de la articulación, la planificación y la distribución de la producción. Tareas que pueden hacerse desde el Estado.

Por último, teniendo en cuenta líneas de investigación futuras es relevante para el análisis la aplicación de una perspectiva comparada. Pues, la contrastación de este caso con los otros existentes en Argentina y en la región (como por ejemplo Brasil) contribuirán no sólo a profundizar el estudio de la especificidad de los casos sino también a realizar afirmaciones generales y de más amplio alcance sobre el proceso.

Bibliografía

- Acuña, Carlos H.; Kessler Gabriel y Repetto, Fabián *Evolución de la política social argentina en la década de los noventa: cambios en su lógica, intencionalidad y en el proceso de hacer la política social* . Proyecto Self-Sustaining Community Development in Comparative Perspective. Coordinado por el Center for Latin American Social Policy - CLASPO- The University of Texas at Austin , Buenos Aires, 2002.
- Arceo, Nicolás; Monsalvo, Ana Paula; Wainer, Andrés “Patrón de crecimiento y mercado de trabajo: la Argentina de la posconvertibilidad”, en *Realidad Económica* N° 226, 16 de febrero al 31 de marzo de 2007.
- Armony, Victor y Kessler, Gabriel “Imágenes de una sociedad en crisis. Cuestión social, pobreza y desempleo”, en Novaro, Marcos y Palermo, Vicente *La Historia Reciente*, Edhasa, Buenos Aires, 2004.
- Barbero, María Inés y Rocchi, Fernando “Cultura, Sociedad, Economía y Nuevos Sujetos de la Historia: Empresas y Consumidores” en Bragoni, Beatriz (comp.) *Microanálisis. Ensayos de historiografía argentina*, Prometeo, Buenos Aires, 2004.
- Beccaria, Luis *Empleo e integración social*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.
- Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge *Hacia un nuevo modelo de organización industrial*, Alianza, Buenos Aires, 1995.
- Belini, Claudio y Rougier, Marcelo El Estado empresario en la industria argentina. Conformación y crisis. Manantial, Buenos Aires, 2008.
- Belmartino, Susana *La Atención Médica Argentina en el siglo XX*, Siglo XXI, Argentina, 2005.
- Bramuglia, Cristina y Godio, Cristina “La insulina en la Argentina. Un análisis sectorial”, *Documentos de Trabajo* N° 43, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, abril de 2005.
- Cortés, Rosalía y Marshall, Adriana “Estrategia económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los `90”, en *Desarrollo Económico*, n° 153, julio – septiembre 1999.
- Defourny, Jacques “Orígenes, contextos y funciones de un tercer gran sector” en Vuotto, Mirta (comp.) *Economía Social. Precisiones*
- 173 / Anuario - Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo

conceptuales y algunas experiencias históricas. Ed. Altamira, Bs. As., 2003.

di Salvo, María Teresa y Román, Viviana *Formas alternativas de producción y distribución. Un estudio de casos: organizaciones que realizan producción pública de medicamentos*, En versión electrónica en XX Jornadas de Historia Económica, Mar del Plata, 18, 19 y 20 de septiembre de 2006.

di Salvo, María Teresa y Román, Viviana *Producción de medicamentos y salud pública durante la Primera Etapa Peronista*. En versión electrónica XVIII Jornadas de Historia Económica. Mendoza, Septiembre de 2002.

Feijoó, María del Carmen *Nuevo país, nueva pobreza*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.

Flood, M. Cristina V. de “Gasto en financiamiento de la salud en Argentina” en Titelman, Daniel y Uthoff, Andras (comp.) *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud*, Vol. I, FCE / CEPAL, Santiago de Chile, 2000.

Forni, Floreal, Gallart, María Antonia y Vasilachis de Gialdino, Irene *Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación*, Editorial CEAL, Buenos Aires, 1993.

Katz, Jorge y Miranda, Ernesto “Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación” en *Revista de la CEPAL* N° 54, diciembre de 1994.

Katz, Jorge y colaboradores *El Sector Salud en la República Argentina: Su estructura y Comportamiento*, FCE, Argentina, 1993.

Katz, Jorge y Kosakoff, Bernardo *El proceso de industrialización en la Argentina: evolución, retroceso y prospectiva*, CEAL, Buenos Aires, 1989.

Katz, Jorge *Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales. La Industria Farmacéutica Argentina*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.

Krieger, M y Prieto, N “Comercio exterior, sustitución de importaciones y tecnología en la industria farmacéutica argentina” en *Desarrollo Económico*, Vol. 17 n° 66. Julio – septiembre de 1977.- Muñoz, Alberto y Katz, Jorge *Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad*, CEAL/CEPAL, Buenos Aires, 1998.- Newton, R. C. *El cuarto lado del triángulo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1995.

Nun, José *Marginalidad y exclusión social*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2001.

Piffano, Horacio L.P. “Teoría Positiva de la Empresa Pública. Autonomía de Gestión y Control de la Gerencia”, en A.A.V.V. *Economía de las Empresas Públicas*, Instituto Torcuato Di Tella/Editorial Tesis, Buenos Aires, 1990.

Román, Viviana, *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. Universidad Torcuato Di Tella, Buenos Aires, 2008.

Román, Viviana “La Argentina y la industria. Pioneros, orígenes, desarrollo y límites hasta la década de 1950” en AA. VV. *Ideas, Política, Economía y Sociedad en Argentina (1880 – 1955)*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2007.

Román, Viviana y di Salvo, María Teresa. “Economía social y solidaridad. Dos experiencias de mutuales que distribuyen genéricos a bajo costo”. En: AA.VV. *Foro Federal de Investigadores y Docentes. La Universidad y la Economía Social en el desarrollo local*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Buenos Aires, 2005.

Russo, Cintia “La persistencia de una empresa del estado a la vuelta del siglo XXI”, trabajo presentado en *XXI JORNADAS DE HISTORIA ECONOMICA*. Universidad Nacional de Tres de Febrero, 23 al 26 de septiembre de 2008.

Tobar, Federico “Acceso de los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas”, *Documento de Trabajo PIA-ISALUD*, Buenos Aires, 2001.

Villanueva, J. “El origen de la industrialización argentina” en *Desarrollo Económico*, Vol 12., N° 47, Buenos Aires, 1972.

Entrevistas

.Dra. Mónica Fein, Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, Año 2007.

.Sergio A. Maroevich, Coordinador General del LEM, Año 2007.

.Dr. Juan Martín Müller, Director Técnico del LEM, Año 2007.

.Leandro Dib, Jefe de Control de Calidad del LEM, Año 2007.
.Gustavo Porcel, 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.

Fuentes Institucionales

-Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME). *Las Especialidades Medicinales y el Contexto Industrial argentino*, Marzo de 1985.
-CAEME – *Evolución del Mercado Farmacéutico Argentino (1980 – 2000)*. Informe trimestral XXXVII. Buenos Aires, 2001.
-“Crecimiento, Empleo y Precios – Análisis n ° 1” en *Enfoque Global*, Ministerio de Economía y Producción, Abril de 2004.
-Hechos y Resultados. Síntesis de un año de gestión. Gobierno Municipal de Rosario. Febrero de 1991. - Revista del Instituto de Tecnología Industrial (INTI), Octubre de 2007.

Fuentes Estadísticas

- INDEC. Encuesta Permanente de Hogares/ Informe de Prensa, Buenos Aires, Mayo 2002.
- INDEC. Encuesta Permanente de Hogares/ Informe de Prensa, Buenos Aires, Mayo 2003.
- INDEC. La Industria Farmacéutica en Argentina/ Informe de Prensa, Buenos Aires, 30/12/02; 1/4/03; 17/6/03; 16/9/03; 30/12/03; 17/3/04; 28/5/04; 11/3/05.
- *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 1991.
- *Niveles de Vida. Pobreza e Ingresos en los 27 aglomerados relevados por la Encuesta Permanente de Hogares*, Secretaría de Programación Económica y Regional, República Argentina, 1998.
- *Censo Nacional de Población y Vivienda*, 2001.

Fuentes Periodísticas

- *La Capital*, 9 de mayo de 1989.
- *La Capital*, 3 de febrero de 1992.
- *La Capital*, 5 de abril de 1992.
- *La Capital*, 12 de febrero de 1997.
- *La Capital*, 12 de julio de 1998.
- *Rosario 12*, 12 de julio de 1998.
- *La Capital*, 25 de noviembre de 2002.
- *Página 12*, 28 de mayo de 2003.

Fuentes jurídicas

- Ley Nacional Número 20.705. Sociedades del Estado, 1974.
- Decreto 150, enero de 1992.
- Ley Nacional Número 24.572. Modificación de la Ley 24.481. Patentes de Invención y Modelos de Utilidad, 1996
- Ordenanza Municipal 6.310, Rosario 1997.
- Ley Nacional Número 25.649 de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico, 2002.
- Resolución número 48/02 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2002.
- Resolución número 379/04 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2004.

Anexo
Cuadro 1
Evolución de la Tasa de Desocupación y Subocupación Horaria-
Total Aglomerados Urbanos y Porcentaje de Hogares y Personas por
debajo de la línea de pobreza en el aglomerado GBA
(1988-2003,datos mes de mayo)

AÑOS	DESOCUPACIÓN	SUBOCUPACIÓN HORARIA	AGLOMERADO GRAN BUENOS AIRES Hogares *	AGLOMERADO GRAN BUENOS AIRES Personas *
1988	6,5	7,8	22,5	29,8
1989	8,1	8,6	19,7	25,9
1990	8,6	9,3	33,6	42,5
1991	6,9	8,6	21,9	28,9
1992	6,9	8,3	15,1	19,3
1993	9,9	8,8	13,6	17,7
1994	10,7	10,2	11,9	16,1
1995	18,4	11,3	16,3	22,2
1996	17,1	12,6	19,6	26,7
1997	16,1	13,2	18,8	26,3
1998	13,2	13,3	17,7	24,3
1999	14,5	13,7	19,1	27,1
2000	15,4	14,5	21,1	29,7
2001	16,4	14,9	23,5	32,7
2002	21,5	18,6	37,7	49,7
Oct. 2002	17,8	19,9		
2003	15,6	18,8	39,4	51,7

Fuente: Elaboración propia en base a *INDEC*. Encuesta Permanente de Hogares / Series Históricas.
(*) El período de referencia de los ingresos corresponde al mes calendario completo anterior al mes de la onda. Por ejemplo: en la onda de mayo 2003 los ingresos están referidos a abril de 2003.

**Cuadro
Nº 2**
**Distribución de la facturación por trimestre en el Mercado
Interno**
**Años 2001 y 2002 - (en
pesos)**

	2001	2002
Total	2.135.634.750	2.398.524.283
I Trimestre	569.256.887	446.927.978
II Trimestre	566.673.998	612.718.099
III Trimestre	537.175.840	669.598.039
IV Trimestre	462.528.025	669.280.167

Fuente: INDEC - Facturación de producción propia. Mercado Interno.
Publicación
Informes de Prensa. (Incluye las mayores empresas de la industria. Cifras sin IVA).

**Cuadro
Nº 3
Distribución de la facturación por trimestre en el Mercado
Interno**

Años 2003 a 2007 (en miles de pesos)

	2003	2004	2005	2006	2007
Total	3.261.678	3.229.569	3.726.999	4.297.820	-----
I Trimestre	727.818	735.534	865.116	875.789	1.146.254
II Trimestre	808.937	816.578	921.030	1.164.229	-----
III Trimestre	780.193	858.166	1.027.459	1.131.868	-----
IV Trimestre	944.730	819.291	913.394	1.125.934	-----

Fuente: INDEC - Publicación Informes de Prensa. (Nota: Incluye las mayores empresas de la industria. Cifras sin IVA)