

La regulación de medicamentos en la Argentina (1946-2014) *

A Regulação de Medicamentos na Argentina (1946-2014)

Drugs Regulation In Argentina (1946-2014)

Karina Inés Ramacciotti y Lucía Romero **

153

En 2014 se sancionó en Argentina la Ley n° 26.688 de Producción Pública de Medicamentos, que tuvo como objetivo promover la fabricación de remedios en establecimientos públicos locales y declaró de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Este marco normativo reactivó ideas y tradiciones previas presentes en dos experiencias pasadas: la creación en 1947 de la Empresa de Medicamentos del Estado Argentino (EMESTA), bajo la gestión del primer ministro de Salud Pública Ramón Carrillo, y las Leyes de Medicamentos n° 16.462 y n° 16.463, en 1964, impulsadas por el ministro de Salud y Asistencia Social, Arturo Oñativia, durante la presidencia de Umberto Illia. Este trabajo compara estas tres iniciativas en materia de regulación política de la producción y comercialización de medicamentos, estableciendo continuidades y rupturas entre los debates públicos suscitados, las ideologías de la salud movilizadas, el estado de las capacidades científico-tecnológicas locales disponibles en cada momento, los principales actores involucrados, sus intereses en juego, sus diferenciales de poder y los conflictos resultantes.

Palabras clave: regulación, medicamentos, iniciativas públicas

* Recepción del artículo: 11/03/2016. Entrega de la evaluación definitiva: 18/09/2016.

** *Karina Inés Ramacciotti*: CONICET-UBA- FFyL/ IIEGE y UNQ, Argentina. Correo electrónico: karinaramacciotti@gmail.com. *Lucía Romero*: CONICET-UNQ y UBA-FSOC, Argentina. Correo electrónico: laromero@unq.edu.ar y luromero19@gmail.com.

Em 2014, foi sancionada na Argentina a Lei nº 26.688 de Produção Pública de Medicamentos, cujo objetivo foi promover a fabricação de remédios em estabelecimentos públicos locais e declarou de interesse nacional a pesquisa e produção pública de medicamentos, matérias-primas para a produção de medicamentos, vacinas e produtos médicos. Este quadro normativo reativou ideias e tradições prévias presentes em duas experiências passadas: a criação, em 1947, da Empresa de Medicamentos do Estado Argentino (EMESTA), sob a gestão do primeiro ministro da Saúde Pública, Ramón Carrillo, e as Leis de Medicamentos nº 16.462 e nº 16.463, em 1964, promovidas pelo ministro da Saúde e Assistência Social, Arturo Oñativia, durante a presidência de Umberto Illia. Este trabalho compara essas três iniciativas em matéria de regulação política da produção e comercialização de medicamentos, estabelecendo continuidades e rupturas entre os debates públicos suscitados, as ideologias de saúde mobilizadas, o estado das capacidades científico-tecnológicas locais disponíveis em cada momento, os principais atores envolvidos, seus interesses em jogo, seus diferenciais de poder e os conflitos resultantes.

Palavras-chave: regulação, medicamentos, iniciativas públicas

Law nº 26.688, related to public production of drugs, was approved in Argentina in 2014. It promoted the production of drugs at public institutions and stated the national interest in public research and production of drugs and of the raw material used in producing drugs, vaccines and other medical products. This regulation reactivated previous ideas and traditions from two experiences: 1) the creation in 1947 of a drugs state company, Empresa de Medicamentos del Estado Argentino (EMESTA), directed by the first Minister of Public Health, Ramón Carrillo; and 2) drugs laws nº 16.462 and nº 16.463, sanctioned in 1964 due to the stimulus of Arturo Oñativia, Minister of Health and Social Assistance, during Umberto Illia's presidency. This paper compares these three initiatives in policy regulation of drugs production and commercialization and establishes continuities and ruptures among the public discussions provoked, the health ideologies mobilized, the development of scientific and technological local capacities in each moment, the main actors involved, their interests and power differences, and the resulting conflicts.

Key words: regulation, drugs, public initiatives

Introducción

En la última década en la Argentina, en los años inmediatamente posteriores a la mayor crisis social y política que se desató en el país en diciembre de 2001, distintos grupos de médicos, investigadores y organizaciones gremiales se movilaron para ampliar el acceso restringido que la población tenía sobre los servicios básicos de salud, en particular sobre los medicamentos. Comenzaron a discutir sobre la naturaleza de estos productos como bienes sociales y la posibilidad de fomentar su producción pública, en el marco de capacidades científicas y tecnológicas, universitarias y públicas-estatales existentes en el país. Estas ideas se convirtieron en acciones, llegando a conformar espacios sociales de discusión y trabajo colectivo, redes interinstitucionales y leyes tendientes a regular e impulsar la producción pública de medicamentos.

En 2014 se sancionó la Ley n° 26.688 de Producción Pública de Medicamentos, que tuvo como objetivo promover la fabricación de remedios en establecimientos públicos locales y declaró de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Este marco normativo reactivó ideas y tradiciones previas en al menos dos experiencias pasadas: la creación, en 1947, de la Empresa de Medicamentos del Estado Argentino (EMESTA) bajo la gestión del primer ministro de Salud Pública Ramón Carrillo (1946-1954); y las Leyes de Medicamentos n° 16.462 y n° 16.463 en 1964, impulsadas por el ministro de Salud y Asistencia Social Arturo Oñativia, durante la presidencia de Umberto Illia (1962-1965), y orientadas a fijar políticas de control a la producción, comercialización e importación para las empresas farmacéuticas.

155

El objetivo de este trabajo es comparar estas tres iniciativas estatales en materia de regulación política de la producción y comercialización de medicamentos, sueros y vacunas que existieron en la Argentina durante la segunda mitad del siglo XX, caracterizando las continuidades y rupturas entre sus contextos políticos y sociales de generación, los debates públicos suscitados, las ideologías de la salud movilizadas, el estado de las capacidades científico-tecnológicas locales disponibles en cada momento, los principales actores involucrados, sus intereses en juego, sus diferenciales de poder y los conflictos resultantes.

Este artículo dialoga con cuatro corrientes de investigación. Los estudios provenientes de los análisis económicos aportan en el entendimiento del funcionamiento de la industria farmacéutica, sus diferentes etapas en el desarrollo y en la producción, sus costos y beneficios y la situación económica-financiera del sector (Bisang y Maceira, 1999; Correa, 2001; Katz, 1974 y 1981; Katz y Muñoz, 1988). Desde los aportes de historia económica se ha vinculado la producción farmacéutica con los vaivenes del mercado internacional y las potencialidades y límites del sector estimulado (o no) desde las políticas del Estado (Belini, 2014; Pfeiffer y Campins, 2004 y 2009; Román y Di Salvo, 2010). Los aportes de la historia social de la salud y enfermedad han profundizado en las dinámicas generadas por las propagandas comerciales y las reacciones del sector a partir de la aparición de alguna enfermedad o epidemia (Armus, 2007; Carbonetti y Rodríguez, 2007; Rodríguez *et al.*, 2014; Agnese, 2011). Los estudios sociales de la ciencia han explorado las potencialidades científicas y tecnológicas en cuanto la capacidad local de investigar y producir ciertas especialidades medicinales sociales en

laboratorios públicos y privados (Estébanez, 1996; Aguiar, 2010; Aguiar y Buschini, 2009; Kreimer y Corvalán, 2009; Kreimer, Romero y Bilder, 2010). Si bien este trabajo retoma estas lecturas, nos centraremos especialmente en las políticas implementadas por los tres gobiernos escogidos en torno a la producción y comercialización de medicamentos. Las políticas son entendidas como reflejos (no automáticos) de coyunturas específicas que condensan demandas de diversos actores sociales. Analizaremos tanto las concepciones, los debates que ellas generaron y la dinámica que provocaron en su proceso de implementación. A nuestro entender los conflictos sociales y las demandas realizadas desde diferentes actores sociales motorizan la implementación de modificaciones en la legislación y en el armado institucional (Biernat y Ramacciotti, 2012). No obstante, la relación entre el Estado y los conocimientos ofrecidos desde los ámbitos profesionales no constituye un tema menor. Profundizar en el complejo abanico de las demandas posibilitaría analizar a la política en torno a la producción y comercialización de medicamentos como el resultado o la síntesis de los intereses de distintos actores que procuran brindar diagnósticos y respuestas sobre cuestiones consideradas prioritarias en un momento determinado.

En los siguientes apartados, primero se analizará la experiencia EMESTA, en cuanto intervención estatal en la regulación de la comercialización, y la promoción de capitales estadounidenses para la producción de antibióticos; luego, la embestida del gobierno radical, y de su ministro Oñativia, dada a partir de la ley de control del mercado de medicamentos; para finalmente rastrear las continuidades y rupturas existentes entre ambas y la producción pública de medicamentos y su conversión en ley en 2014. Se trata de indagar cuáles fueron sus conexiones efectivas, tanto en términos de representaciones e ideologías de la salud como de orientaciones y consecuencias materiales sobre el ordenamiento del sector farmacéutico, y cuáles de estas conexiones fueron más míticas que reales, mostrando diferencias e incluso contradicciones entre las tres iniciativas.

156

1. Los medicamentos como un servicio público (1946-1955)

Los laboratorios extranjeros se radicaron en el mercado local desde fines del siglo XIX, fundamentalmente a través de representantes o casas comercializadoras, como fue el caso de Bayer. La elaboración de productos biológicos, vacunas, sueros y algunas materias básicas (hormonas) derivadas de la producción agrícola ganadera comenzaron a desarrollarse con el impulso dado por la industria frigorífica. Los Laboratorios Massone, de capital nacional, datan con anterioridad a 1920, así como en Brasil los laboratorios Phineiros o Raul Leite, o el Instituto Oswaldo Cruz, son de principios del siglo. Según Jorge Katz, hasta los años 80 del siglo XX, la industria farmacéutica argentina logró controlar la mitad del mercado interno de especialidades medicinales.¹

1. Entre 1920 y 1940 comenzaron a operar en Brasil y Argentina prácticamente las mismas firmas. De capital norteamericano: Sidney Ross, Johnson & Johnson, Abott, Merck, Sharpe-Dhome, Bristol Meyers y Schering; y de capital europeo: Rhodia, Beecham, Merck, Roche, Glaxo y Ciba (Katz, 1981).

El estallido de la Gran Guerra (1914-1919) produjo cambios sin precedentes en la economía nacional y también en el sector farmacéutico, generándose las condiciones para una incipiente etapa de industrialización por sustitución de importaciones en la producción local de medicamentos, mediante la utilización de materias primas locales en laboratorios nacionales. Así, fueron creándose algunos eslabonamientos industriales de maquinarias sencillas y la industria absorbió a profesionales graduados en universidades nacionales (Pfeiffer y Campins, 2004).

El Estado tuvo participación en la producción de drogas. Los orígenes de la producción estatal de medicamentos pueden rastrearse en el contexto de la Primera Guerra Mundial debido a problemas en el abastecimiento de medicamentos. Debido a esta coyuntura, y en el marco de procesos de institucionalización de la ciencia que venían dándose en el país, el gobierno radical de Hipólito Yrigoyen (1916-1922) creó, en 1916, el Instituto Bacteriológico Carlos Malbrán (Pfeiffer y Campin, 2004; Armus, 2007; Román y Di Salvo, 2010). Este laboratorio reemplazaría al Laboratorio Bacteriológico Central, sección de la Oficina Sanitaria Argentina, existente desde 1886, que dependía del Departamento Nacional de Higiene (1880).² En función de conectarse con las ideas gestadas en otras latitudes se contrató al bacteriólogo alemán Rodolfo Krauss, quien elaboró un programa con el objetivo de capacitar al personal sobre el conocimiento de enfermedades infecciosas, el manejo de los métodos modernos de investigación y el mejoramiento de la producción de sueros y vacunas (Estébanez, 1996).

Durante la segunda posguerra, las propuestas en torno a la organización y al financiamiento de las políticas de producción y comercialización de medicamentos atravesaron la arena pública nacional e internacional. En el contexto internacional los efectos de las guerras actuaban como un estímulo para debatir sobre el tema y para promover innovaciones de productos sin precedentes que generaron una revolución en materia de antibióticos (producción en escala de penicilina) y en la producción de drogas antiinfecciosas y vacunas a mayor escala (Gaudillière, 2002; Swann, 2009).

Hacia mediados del siglo XX, el 60% de la población en la Argentina no lograba acceder a los servicios sanitarios y farmacéuticos. Esta cifra estimuló el debate en torno a cómo mejorar la producción de medicamentos y lograr su acceso a precios accesible. El Plan Analítico de Salud Pública, planificación de la acción de gobierno para el primer mandato presidencial de Juan Domingo Perón (1946-1955), planteó la cuestión y diagnosticó la necesidad de “crear un nuevo régimen que, en consonancia con los servicios asistenciales permita que todo habitante de la Nación, así se halle en el pueblo más remoto, tenga asistencia médica integral gratuita cuando carezca de recursos y a bajo costo o a costo libre, de acuerdo a sus medios económicos” (Plan

157

2. Se dedicaba a realizar análisis aplicados a la clínica; estudio de las aguas, de tasajo; y a controlar la higiene del aire y suelo. Con el correr de los años se realizaron trabajos sobre perros abandonados y roedores, estudios sobre antisépticos, parasitología y preparación de sueros.

Analítico de Salud Pública, 1947: 413). A nivel corporativo la planificación peronista en el área sanitaria interpelaba a un nuevo rol para los farmacéuticos y bioquímicos, ya que los convocaba a convertir su actividad, clásicamente liberal, a una ligada al Estado a partir de la semisocialización. Además, los organismos (salud, economía, agricultura y ganadería) deberían impulsar mecanismos tanto para controlar la actividad farmacéutica como para estimular la producción de materias primas necesarias en la elaboración de medicamentos y además potenciar mecanismos impositivos de financiamiento para lograr la radicación de farmacias en diferentes partes del país.

El tema de la socialización o semisocialización de las profesiones liberales ligadas a la medicina y de la farmacia generaba diferentes posturas. El secretario de Salud Ramón Carrillo se diferenció enfáticamente del sistema sanitario íntegramente socializado. Si bien el derecho a la preservación de la salud se constituyó en el centro de las políticas sociales, y por lo tanto, no se dudó de las responsabilidades que el Estado debería adoptar para sostener su costo, Carrillo fue muy enfático al destacar los compromisos individuales al respecto: “Es necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos obligación de cuidar, que nuestra salud no es totalmente nuestra sino que pertenece a la familia que formamos y al estado, que nos cuida hasta que llegamos a ser una unidad productiva” (Plan Analítico de Salud Pública, 1947: 32). Los alcances y los límites de la responsabilidad individual modelaron el diseño de las políticas sociales durante la segunda posguerra. En la búsqueda de una solución que permitiera conciliar el “sistema oneroso del servicio individual, con el altamente inhumano del colectivo” (Plan Analítico de Salud Pública, 1947: 73), Carrillo planteó la necesidad de montar un sistema “semisocializado”, en el cual se respetara tanto el libre ejercicio de la profesión como la libre elección del médico por parte del paciente. Según el Plan Analítico de Salud Pública, “semioficializando la medicina se compraba al médico una parte del tiempo y así se puede cumplir con dos principios antagónicos, de que el médico sea libre y sea proletarizado al mismo tiempo” (Plan Analítico de Salud Pública, 1947: 244). Carrillo estaba muy lejos de pensar en la posibilidad de lograr la absoluta dependencia de los profesionales de la salud al Estado. Planteaba una complementación entre las tareas de los médicos como empleados del Estado y cómo esta ligazón podría llegar a favorecer el caudal de la clientela privada y estimular mecanismos de marketing profesional. Asimismo, esbozó una relación entre el médico y el hospital. Si bien se aspiraba a conservar la clientela privada, ésta, en muchas ocasiones, debía ser atendida en el hospital para determinadas intervenciones. Esta disyuntiva complejiza el análisis de las posturas ya que, en un clima de ideas que se pensaba en términos dicotómicos y polarizados, las soluciones mixtas parecerían haber suturado debates de larga data en las discusiones médicas.

Siguiendo esta línea para el área de farmacia, el Plan Analítico planteó la semisocialización del personal farmacéutico por medio de la entrega de una subvención para que se pudieran radicar en zonas alejadas a los grandes centros urbanos; para tal fin se lanzarían créditos desde el Banco de Crédito Industrial, el Banco Central y el Banco Nación, bajo una línea especial de crédito profesional. Estos dispositivos institucionales permitirían resolver las dificultades laborales que tenían los farmacéuticos al egresar de las universidades y asimismo favorecería a la concreción del ideal del servicio farmacéutico como un servicio público. Estas

medidas apuntaban a reforzar un modelo de elaboración y expendio de medicamentos a cargo del farmacéutico minorista, fenómeno que a causa de la producción de antibióticos (producción en escala de penicilina) tendió a desaparecer en la segunda mitad del siglo XX. Asimismo, se planteaba una nueva reglamentación en la que el Estado tendería a controlar la actividad profesional para evitar el encarecimiento desmedido y la especulación.

En torno al abastecimiento de medicamentos en hospitales y al público a bajo costo, se pretendió regular el pico especulativo de las materias primas importadas. Desde principios de 1946 se habían producido aumentos en muchas especialidades medicinales con incrementos hasta en un 30%. Para revertir este fenómeno, el Estado debería intervenir para propiciar el abaratamiento por medio del control de precios en base a una declaración jurada en la que se deduzca el costo de la materia prima, el índice del costo administrativo, la propaganda; y la elaboración de especialidades denominadas económicas realizadas con envases sencillos, sin muestra gratis y que serían elaboradas por empresas privadas hasta que el Estado no dispusiera de plantas de medicamentos propias (Plan Analítico de Salud Pública, 1947: 420). En este esquema productivo el Instituto Bacteriológico, a partir de 1946, denominado Instituto Bacteriológico Malbrán, tuvo un papel sustantivo, ya que incrementó la producción de sueros y vacunas; era la única institución oficial que contaba con capacidades medias de producción desde fines del siglo XIX. A diferencia de otras áreas administrativas estatales, no se hizo *tabula rasa* del pasado y no se postuló una retórica discursiva en la cual el “ayer” era oscuro y obsoleto y el “hoy” luminoso y moderno. Esta asociación fue habitual en la retórica política para describir al Departamento Nacional de Higiene o el Departamento Nacional del Trabajo. El Instituto Malbrán, institución estatal de prestigio nacional e internacional, fue sostenido y potenciado en cuanto sus capacidades científicas y tecnológicas. De hecho, se realizó un ordenamiento interno y se agregó un servicio permanente para atender en el acto los pedidos urgentes de vacunas y sueros destinados a diferentes partes del país. Las vacunas no sólo se produjeron para el abastecimiento nacional, sino que fueron exportadas a Uruguay en 1949 (Memoria del Ministerio de Salud Pública, 1946-1952: 180).

159

Los medicamentos que se produjeron fueron los sueros, las vacunas, los antígenos; durante el período comprendido entre 1946 a 1948, también se elaboró penicilina y estreptomina, elementos de vanguardia tecnológica para la época. La producción local de penicilina y sulfamida estuvo dentro de la agenda de la agencia sanitaria, ya que hasta finales de 1946 se planteó la posibilidad de fabricar “sulfanilamida” conjuntamente con la Dirección General de Fabricaciones Militares.

La Secretaría de Salud Pública para evitar la especulación y la venta de medicamentos como “artículos de lujo” creó una comisión para el estudio de los precios uniformes de venta de los medicamentos en 1946 y organizó EMESTA, organismo que tuvo a su cargo el proceso de comercialización de las especialidades y productos elaborados por los institutos y las fábricas oficiales, así como los elaborados por establecimientos de la industria privada a pedido del servicio (Memoria del Ministerio de Salud Pública, 1946-1952). Quedaban bajo la jurisdicción de EMESTA el control de la calidad y la accesibilidad en el precio. En 1947 estaban

a la venta 100 productos, de los cuales 63 fueron realizados por el Instituto Malbrán (sueros y vacunas) y el resto por industrias privadas (tónicos, sedantes, hipnóticos, vitaminas, antialérgicos, dilatadores bronco-pulmonares, hormonas, hipotensores, protectores hepáticos y estomacales, corticoides). Los laboratorios privados debían intervenir en una licitación; los medicamentos seleccionados se vendían entre un 50% y un 75% más baratos que los de otros laboratorios y el precio era determinado entre la agencia sanitaria y el Ministerio de Hacienda, que realizaban cálculos de costos de comercialización, costos de producción, y estimaban gastos para luego establecer un precio bajo y establecer el *stock* necesario para evitar faltantes y encarecimiento. La agencia estatal se ponía, de este modo, en la intermediaria entre las demandas sanitarias, las capacidades de producción estatal y las vinculadas con el mercado privado (Reglamento Interno, Parte Técnica General, Ministerio de Salud Pública de la Nación, 1950).

A esta experiencia activa de regulación en la comercialización de medicamentos se sumó la apertura de beneficios para la radicación de capitales extranjeros para la elaboración de medicamentos bajo firmas privadas. En abril de 1947 se firmó el decreto n° 10.933, que declaró “de interés nacional” la industria de elaboración de penicilina. La producción de antibióticos constituía una de las innovaciones más importantes ocurridas en la industria farmacéutica durante la Segunda Guerra Mundial y la fabricación local estaba a cargo de laboratorios norteamericanos, protegidos por la política aduanera desde la década del 30, del Instituto Malbrán y de algunos laboratorios nacionales. A partir de este decreto, se le otorgaron franquicias a la firma norteamericana Squibb Sons para construir una planta industrial en la provincia de Buenos Aires.

160

El 19 de mayo de 1949, cuando la crisis del sector externo limitó la competencia, se inauguró dicho establecimiento que debía satisfacer las necesidades nacionales y regionales. El gobierno otorgó a la firma exenciones aduaneras para la importación de maquinarias y materias prima y estableció cuotas de importación a fin de asegurar la colocación de la producción nacional. Como señalamos, a partir de la inauguración de Squibb Sons el Instituto Malbrán dejó de producir antibióticos. En cuanto a la elaboración de penicilina cristalizada, procaína y estreptomina, el Instituto Malbrán produjo en 1947 \$348.450; en 1948, \$ 123.700; en 1949, \$20.100; y en 1950, \$860. Si en 1947 la producción de antibióticos representaba el 6,49% del total del valor producido por el Instituto Malbrán, luego de dos años, ésta representó el 0,33%. La capacidad instalada fue abandonada y se trasladó íntegramente al sector privado (Memoria del Ministerio de Salud Pública, 1946-1952).

Sobre el estímulo a la producción de medicamentos, a partir de las inversiones extranjeras, el secretario de Salud Pública no mostró cavilación alguna. Fue muy entusiasta en promover las ventajas necesarias para la radicación de los laboratorios norteamericanos Squibb para la producción de penicilina. Según Belini, Squibb contó con importantes ventajas pero no constituyó un monopolio legal, ya que la declaración de industria de interés nacional no se circunscribía a una sola firma sino al conjunto de la industria. Un año después de la declaración de la penicilina como industria “de interés nacional”, el gobierno decretó la protección a los laboratorios elaboradores de sulfamidas, entre los que se contaban empresas privadas nacionales como Galeno

S.A. y la química Schering, un laboratorio alemán que había sido nacionalizado y transferido a la Dirección General de Fabricaciones Militares (DINIE) y producía productos EMESTA. La política de promoción industrial alentó la instalación de subsidiarias norteamericanas que, en virtud del dominio sobre la tecnología y de las ventajas oficiales, ejercerían un control oligopólico sobre el mercado (Bellini, 2015).

Cabe señalar que EMESTA, DINIE y Squibb ocuparon un lugar destacado dentro de la propaganda política. En *Mundo Peronista*, periódico oficialista que destacaba la obra realizada y ensalzaba a las figuras de Evita y Perón, dichas instituciones tuvieron un lugar en la pauta publicitaria. El mensaje de estas publicidades pretendía destacar los esfuerzos políticos ligados a la producción científica local y la distribución más accesible de medicamentos. De hecho, en los primeros años de funcionamiento de EMESTA una de las acciones que se difundía en *Mundo Peronista* era la elaboración en el Instituto Malbrán de penicilina y su comercialización a un precio accesible; con el paso de los años, más precisamente, a partir de 1952, ya no se encuentran propagandas de este tipo ya que la elaboración de penicilina y derivados pasó a manos privadas.

En esta etapa, el Estado tuvo un papel activo en la regulación de las políticas destinadas al sector farmacéutico. Esto quedó demostrado en la creación de EMESTA, que estimuló la comercialización de medicamentos esenciales a un precio accesible, realizando convenios con laboratorios públicos y privados. Asimismo, la capacidad instalada de los laboratorios públicos para elaborar antibióticos se trasladó al sector privado por medio de la entrada de capitales norteamericanos en la producción de penicilina. Las herramientas de las políticas económicas, exenciones aduaneras para la importación de maquinarias e insumos y tipo de cambio diferencial, fueron usadas para potenciar la fabricación local de antibióticos en manos de subsidiarias estadounidenses. Como vimos, Squibb inauguró su planta en 1949. En 1953 pudo ampliar sus instalaciones para producir nuevas especialidades tales como estreptomina, dehydrostreptomina y tetracyclina. Como veremos en el tercer apartado, en la actualidad los gestores de políticas para el sector encuentran en este período histórico una guía para el armado de las políticas públicas. No obstante, sólo se destacan las acciones encaradas por EMESTA y no se visibiliza las acciones ligadas a la apertura de capitales extranjeros que como vimos también tuvieron papel destacado. Dentro de una retórica que quiere subrayar las experiencias de soberanía y producción nacional, éstas se ligan al primer peronismo y se busca allí una guía para legitimar históricamente las políticas en torno a la producción de medicamentos.

161

2. Intentos de orientar la comercialización de medicamentos con criterio social (1964-1966)

El gobierno de Arturo Frondizi (1958-1962), de orientación desarrollista, promulgó en 1958 una ley de inversiones extranjeras que facilitó la llegada al país de empresas multinacionales. Debido a esto, muchos laboratorios nacionales decidieron modernizar sus plantas o firmar acuerdos de representación con farmacéuticas internacionales para mejorar su eficiencia frente al incremento de la competencia en el ámbito local. Pero, a partir de 1964, con la impronta del presidente Arturo Illia

(1963-1966) y su ministro de Salud, Arturo Oñativia, la tendencia a la extranjerización del mercado de medicamentos, así como las empresas locales, sufrieron restricciones y controles a través de la ley de medicamentos por ellos impulsada. La política económica y social combinó criterios keynesianos de intervencionismo estatal con los lineamientos de la CEPAL orientados a lograr una nueva inserción de la Argentina en la división internacional del trabajo. En efecto, en este período se planificaron distintas medidas monetarias y fiscales expansivas; se pusieron en marcha obras de saneamiento a cargo del Estado; se aumentó el presupuesto para educación y cultura; se alentaron los créditos bancarios para la industria, el agro y la construcción de viviendas; y se implementó un control de precios sobre los bienes de la canasta familiar (Plan Nacional de Desarrollo, 1965).

Además de estas políticas se encararon dos cuestiones que tuvieron gran impacto social: la anulación por decreto de los contratos petroleros firmados por Frondizi con empresas extranjeras y la promulgación, en agosto de 1964, de la Ley n° 16.462 y de la Ley Técnica n° 16.463 que facultaba al Estado para controlar los precios de los medicamentos y otras actividades ligadas a la producción, importación y comercialización de drogas en el país. Asimismo, impulsaba multas y apercibimientos a quienes no cumplieran la ley. El argumento normativo giraba en torno a la fijación de precios al público por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tenía como sustrato cualitativo y cuantitativo una encuesta realizada por la OEA, el BID y la CEPAL que demostraba que, en los grupos de menores ingresos, la proporción que representaba el consumo de medicamentos (62,6%) era mayor que lo representado por los gastos de médicos y sanatorios. Este estudio demostraba la insuficiencia del régimen asistencial para cubrir las necesidades de los sectores económicamente débiles y el valor social que debían tener el medicamento (CONADE, 1961; Veronelli y Veronelli Correch, 2004). Cabe señalar que, luego del derrocamiento de Perón (1955), los organismos internacionales con sus estudios, consultorías e informes tuvieron un peso destacado en el diseño, el financiamiento y la implementación de las políticas sanitarias (Ramacciotti, 2014).

162

La ley denunciaba la existencia de factores distorsivos en las etapas de producción y comercialización del medicamento y planteaba la imperiosa necesidad de lograr la contención y la normalización de los precios (Política Sanitaria y Social, 1966). En ningún apartado se refería a la anterior experiencia de comercialización estatal con precios accesibles, el peronismo era considerado una “aberración” y toda referencia a dicho período fue obviada. De manera similar a lo realizado por EMESTA, la agencia sanitaria sería el organismo que, a partir de relevar los costos de producción, estipularía los precios de los medicamentos con un criterio social.

El Decreto n° 3042, de 1965, fijó topes para la compra de las materias primas como del producto terminado con el fin de corregir los vicios económicos. Para implementar esta normativa los laboratorios debían presentar una declaración jurada sobre el costo real de la producción de cada uno de sus productos para luego demostrar o discutir si las limitaciones eran arbitrarias a sus estructuras económicas. El sector industrial denunció que este decreto limitaba su libertad de comercio en la medida que apuntaba a un “congelamiento de precios abusivo” y pidió que se dejara sin efecto porque los medicamentos eran más caros de lo estipulado por el decreto

presidencial, dados los costos de investigación. Declamar que la intervención estatal obturaba el desarrollo científico y tecnológico constituyó uno de los argumentos de mayor peso para invalidar la legitimidad de la ley. Este argumento cientificista calaba profundo dentro de un escenario nacional e internacional caracterizado por una entronización de la investigación científica y tecnológica.³ Como es sabido, después de la Segunda Guerra, la valoración de la ciencia como eslabón indispensable para el desarrollo y el bienestar humano la convirtieron en el insumo central de la ideología de los Estados desarrollados y de los organismos internacionales (Salomon y Hart, 1999). A partir de 1955, y durante al menos los siguientes 10 años, la idea de desarrollo e investigación científica fue objeto de referencia y de significación común para agrupamientos, análisis y prescripciones no sólo por parte de actores económicos y políticos, sino también por universitarios, intelectuales y científicos.

Con el objetivo de no perjudicar a los laboratorios nacionales, se creó en 1965 la Junta Asesora de Calificación de Medicamentos y la Comisión Consultiva de Medicamentos. La primera, formada por funcionarios del ministerio y representantes de la industria farmacéutica, tuvo como objetivo clasificar las especialidades medicinales reinscritas y depurar el registro de medicamentos para terminar con el sobregistro de supuestas fórmulas originales que no lo eran. De esta evaluación se rechazaron el 45% de las fórmulas por no cumplir con fines terapéuticos ni científicos. La comisión, integrada por destacadas personalidades del ámbito científico local (Alfredo Bandoni, Luis Camponovo, Luciano Hugo, Alfredo Lanari y Agustín Marenzi), tendría el rol de analizar los reclamos que realizaban los laboratorios (Política Sanitaria y Social, 1966).

163

Las presiones de la industria farmacéutica (nacional y transnacional) para obturar el impacto de la ley fue variado e intenso. Una de ellas provino del llamado Club de París, que hizo llegar al ministro de economía y al Presidente de la nación el mensaje que estas leyes podrían obstaculizar el refinanciamiento de la deuda externa argentina y la desinversión externa (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).⁴ Como señala Guillermo O' Donnell, la percepción de amenaza exageró lo que ella implicaba objetivamente (2009). A pesar de que el proyecto de control en la comercialización de medicamentos quedó obturado, uno de los legados constituyó la creación de Sindicaturas de Empresas del Estado con el fin de garantizar un control más eficaz de las empresas públicas. El otro legado fue la creación del Laboratorio de Hemoderivados dependiente de la Universidad de Córdoba, con una importante trayectoria en las décadas posteriores (Maceira, 2010).

3. Para un análisis sobre la discusión en torno al cientificismo en la universidad argentina de la época, véase Prego (2010).

4. El Club de París fue creado en 1956 por idea e invitación del entonces ministro de finanzas francés, cuando justamente éste había convocado a representantes de otros países acreedores de la Argentina en momentos en que se solicitaba refinanciar su deuda externa ante otros gobiernos. Es un mecanismo de convocatoria informal por parte de acreedores oficiales de países endeudados para renegociar en forma coordinada y conjunta las deudas externas de los países deudores con dificultades de pago.

Luego del derrocamiento del presidente Illia (1966) la dictadura militar de Juan Carlos Onganía (1966-1970) impulsó medidas que tenían un perfil tecnocrático-eficientista que apuntaron a la modernización estructural del Estado. Entre ellas sancionó una ley que tuvo como fin “una paulatina liberalización de la industria farmacéutica” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 617). El aumento de los precios de los medicamentos continuó y, si bien se promovieron medidas para evitar la tendencia alcista tales como congelamiento de precios y rebajas a medicamentos sociales, éstas no tuvieron el resultado esperado dado las dudas e incertidumbres que planteaba el hecho de que el Estado interviniera en la comercialización.

Estas políticas públicas espasmódicas propiciaron el terreno para que en los años 70 las políticas de desregulación, concentración, centralización y transnacionalización de la economía argentina afectaran sensiblemente el mercado de producción y comercialización de medicamentos.

3. La hora de intervenir sobre la producción pública (2002-2014)

El sistema de salud, como otros sistemas sociales (tal como el educativo, el científico y el laboral), sufrió las reformas estructurales de los años 90. Desde principios de esa década hasta la crisis de 2001, la política social se caracterizó por la privatización de la seguridad social, la descentralización territorial de la administración de los servicios de salud y educación en gobiernos provinciales y la proliferación de acciones focalizadas en la reducción de la pobreza. Un giro significativo para el sector farmacéutico local fue que se produjeron cambios en el marco regulatorio de la producción de especialidades medicinales, quebrándose definitivamente el modelo sustitutivo de importaciones caracterizado por la existencia de barreras arancelarias a su entrada (Repetto, 2014; Abrutzky *et al.*, 2012). Hacia el final de esta década, el peso de las importaciones de productos terminados agudizó el carácter deficitario de la industria farmacéutica y, junto con la compra de laboratorios argentinos por firmas extranjeras, se redujo la participación de los laboratorios nacionales en el mercado interno. Las empresas medianas y pequeñas fueron las más afectadas y algunas de ellas fueron absorbidas por parte de los laboratorios internacionales. En cambio, los grandes laboratorios pudieron alcanzar estándares internacionales, incrementando sus inversiones directas en Latinoamérica (como Roemmers, Bagó, Beta, Gramón y Gador).

A partir de 1998 comenzó una fase descendente del ciclo económico argentino, con una profunda recesión de su actividad. En este contexto, en el marco de una baja en la estructura del gasto en salud per cápita (medicamentos en particular) se produjo un aumento sostenido en el precio de los remedios, hecho que afectó principalmente a los sectores más pobres. A esta restricción individual, se sumaron los desequilibrios regionales, ya que provincias como Jujuy, Formosa y Catamarca consumían menos drogas que el barrio porteño de Palermo (Román y Di Salvo, 2005). Asimismo, la ineficacia de los organismos de control estatal ocasionó, entre otras cosas, la proliferación de remedios prohibidos en los países centrales, el contrabando de sustancias químicas para consumo que no fuera estrictamente curativo y los incrementos en los precios de la medicación y del equipamiento. Además, ciertos

laboratorios clandestinos no incluyeron en el producto la droga esencial, lo que puso en riesgo la vida de los pacientes (Franco, 2008).

Frente a esta situación, durante la presidencia de Eduardo Duhalde (2002-2003) se declaró por medio del decreto n° 486 la Emergencia Sanitaria Nacional y, con el objetivo de promover el acceso de la población a los medicamentos básicos esenciales, el ministro de Salud, Ginés González García (2002-2007), formuló la llamada Política Nacional de Medicamentos. Dicha estrategia se basó en tres ejes principales: prescripción y uso de los medicamentos por su nombre genérico; la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud, explicitando qué drogas debían ser incluidas en la financiación pública o colectiva –en obras y sociales y prepagas–; y la provisión pública, a través del Programa Remediar, para aquellos que no tuvieran cobertura de seguro de salud ni recursos con que adquirirlos (Maceira, 2010). Las primeras dos estrategias estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera o con un sistema de cofinanciamiento de los medicamentos. El Programa Remediar, por su parte, apuntó a la población con necesidades en medicamentos esenciales insatisfechas y logró alcanzar parcialmente los objetivos perseguidos, ya que se focalizó la población que se encontraba por debajo de la línea de pobreza y se incrementó la capacidad de acceso a medicamentos de dicho grupo, lo cual implicó una gran presión sobre las finanzas públicas al incrementar el endeudamiento externo (Apella, 2006).

Ante este panorama un conjunto de médicos, dirigentes sindicales, miembros de organizaciones sociales, figuras de la cultura argentina e investigadores colocaron en la agenda de la salud pública la necesidad de que el Estado tomara un lugar más protagónico en la producción y en la comercialización de medicamentos (Capuano, 2014; Moyano y Escudero, s/f). Los debates giraron en torno al diseño de un proyecto de ley para estimular la producción pública de medicamentos. Este concepto remite, en la actualidad, a todo conocimiento que se desarrolle en el ámbito público con el objetivo de solucionar problemas sociales y sanitarios vinculados al acceso de la población a medicamentos y vacunas (Laveaga y Santos, 2015).

En este sentido, este aspecto se diferencia de las anteriores experiencias ya que, como vimos, aquellas pusieron el foco en la comercialización y en el papel de la agencia sanitaria como intermediario entre los intereses privados y las demandas sociales. El eje del debate en este tercer momento estuvo centrado, en cambio, en el interés de utilizar las capacidades científicas y tecnológicas existentes en la producción de biológicos en laboratorios públicos.⁵ En este esquema, el Estado

5. Se considera laboratorio público a aquellas instituciones de propiedad pública, mixta, o sociedad del Estado que desarrolla actividades de manufactura de especialidades medicinales de modo sistemático y constante. Esto es, se requiere de un proceso de manufactura, lo que separa del universo de análisis a aquellas instituciones dedicadas a la tarea de fraccionamiento de medicamentos. En segundo lugar, estos laboratorios deben tener frecuencia productiva, es decir, producción sostenida en el tiempo. En tercer lugar, la producción debe vincularse a especialidades medicinales, dejando de lado aquellas empresas productoras de sueros, agua oxigenada Y solución fisiológica, entre otros productos (Maceira, 2010).

adquiere un rol central en la planificación centralizada en función de un relevamiento de las necesidades sanitarias y en el registro y financiamiento de aquellos laboratorios públicos que demuestren tener capacidades tecnológicas adecuadas para producir medicamentos.

Durante 2003 y 2004 se realizaron los dos primeros encuentros para la producción pública de medicamentos formados por integrantes de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA); la Secretaría de Extensión Universitaria y la Unidad de Producción de Medicamentos de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata; investigadores del CONICET y profesores universitarios. En estos ámbitos de debate, se decidió elaborar una ley nacional que originara un ente coordinador de laboratorios públicos, dentro del cual dichos laboratorios tuvieran autarquía y presupuesto propio. Asimismo, la sanción de una ley marco se esperaba que articulase a los laboratorios por regiones con un cronograma de planificación de producción escalonada y que, a partir de financiamiento estatal, se pudiera alcanzar criterios de control de calidad, capacitación del personal y convenios con universidades. Estos dos encuentros fueron la punta de lanza para que en 2007 se impulsara una red interinstitucional, la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP), comprometida con la Producción Pública de Medicamentos y con el diseño de un proyecto legislativo.⁶

166

La RELAP tuvo entre sus objetivos hacer un relevamiento de las capacidades científicas tecnológicas de los laboratorios públicos existentes. El diagnóstico no fue muy alentador, dada la internacionalización de la producción farmacéutica, la apertura a intereses privados en el sector y la inexistencia de esta cuestión en la agenda de la política pública nacional.

El Instituto Malbrán, a pesar de los años de desinversión y el cierre de algunas de sus áreas durante los años 90, continuaba siendo de referencia. A este espacio se le sumaba el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad de Córdoba, creado en los años 60, y un conjunto de laboratorios de menor escala en los espacios provinciales (Bragado, Laboratorio de Especialidades Medicinales Sociedad del Estado Municipal de Rosario, Laboratorio Puntanos de San Luis) que respondieron ante las demandas de medicamentos locales. A partir del lanzamiento del Programa Remediar, surgieron nuevos laboratorios como el de Hurlingham, Talleres Protegidos de la Ciudad de Buenos Aires y el de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de la Plata. En 2006 se contaba con siete laboratorios estatales productores de medicamentos genéricos distribuidos en 14 provincias del país. El

6. La RELAP estuvo conformada por ocho universidades nacionales y 23 laboratorios productores de escala industrial y hospitalaria situados en las provincias de San Luis, Buenos Aires, Córdoba, Formosa, La Pampa, Río Negro, Santa Fe, Misiones, Tucumán, Mendoza, Corrientes y Chaco. El Acta de Constitución de la Red, firmada en la Facultad de Medicina de la UBA, fue suscripta por alrededor de 20 laboratorios de producción pública de medicamentos de todo el país y refrendada por autoridades de la Secretaría de Ciencia y Técnica (SECYT), del INTI y de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA (Maceira, 2010).

42% de los laboratorios se encontraban ubicados en la Provincia de Buenos Aires, seguido por Córdoba (11%) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (8%) (Apella, 2006). En este marco, los laboratorios públicos podían responder ante la demanda de los principales fármacos que distribuía el Programa Remediar, con una capacidad ociosa que variaba, según los casos, entre el 25 y el 75%, es decir, que estaban operando muy por debajo de su nivel potencial. Para revertir esta situación se consideraba imprescindible una fuerte inversión del Estado que permitiera incrementar rápidamente la producción pública de medicamentos (Bibiloni *et al.*, s/f; Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, 2005).

Estos laboratorios realizaban innovaciones menores; es decir: no creaban nuevas moléculas, aunque reproducían eficientemente las existentes imitando a los medicamentos originales. La industria local no estaba en condiciones de realizar los estudios de equivalencia y biodisponibilidad necesarios para producir medicamentos genéricos; por lo tanto, lo que la industria farmacéutica producía eran medicamentos copia (Abrutzky *et al.*, 2012). Si bien el sector público contaba con capacidad productiva para la provisión directa de medicamentos básicos esenciales a través de sus laboratorios, el 92% de las plantas públicas no tenía autorización del ente regulador nacional: la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Este hecho ocasionaba, entre otras cuestiones, que no se pudieran transferir los productos entre provincias. El principal obstáculo que mantenían las plantas públicas para lograr la autorización del ANMAT estaba asociado con las condiciones edilicias en las que operaban y algunas exigencias asociadas con los mecanismos de control de calidad (Apella, 2006).

167

En 2010 se contabilizaban 34 laboratorios de producción pública de medicamentos con dependencia de los distintos niveles jurisdiccionales, nacional, provincial o municipal. Para 2014 se registraban 39 laboratorios públicos de producción de medicamentos distribuidos en 14 provincias. Sobre estas capacidades científico-tecnológicas públicas, con sus limitaciones y heterogeneidades, la RELAP tuvo como objetivo aunar esfuerzos para producir medicamentos e insumos médicos con el objetivo de atender las necesidades sociales y, además, contribuir a lograr la mayor autonomía tecnológica en el área, integrando y aplicando el conocimiento local a la resolución de tales cuestiones. Sus principales promotores fueron la Dirección Nacional de Programas y Proyectos Especiales de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) y la Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA. La mayor aspiración fue que todos los laboratorios de producción pública accedieran a las habilitaciones y certificaciones de la autoridad sanitaria nacional (Maceira, 2010).

El proyecto de la RELAP fue impulsado con nuevos bríos durante la gestión de Graciela Ocaña (2007-2009) en el Ministerio de Salud, quien a través de la Resolución n° 286/08 lanzó la producción pública de medicamentos para abastecer al Plan Remediar, creando el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos, siendo el primer objetivo la consolidación de los laboratorios públicos existentes de acuerdo con el marco regulatorio vigente. Esta iniciativa consistió, esencialmente, en apoyar esfuerzos

tendientes a que tanto las plantas públicas como los productos farmacéuticos manufacturados por ellas se encontraran aprobados por la ANMAT.

Luego de dos años, a mediados de 2011 el Congreso sancionó la Ley n° 26.688 de Producción Pública de Medicamentos que regulaba la producción de vacunas, insumos y productos médicos, así como su investigación y desarrollo. La ley fue votada positivamente por todo el arco político, pero su reglamentación demoró tres años. En 2014 se aprobó la Ley n° 27.113, que propició la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, organismo descentralizado en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, con autarquía económica y financiera, diseñado para garantizar el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley n° 26.688.

La Ley n° 26.688 estipuló conformar el Ente Coordinador de Laboratorios Públicos; que dichos laboratorios tuvieran autarquía, presupuesto propio, y que estuviera representada la totalidad de las unidades productoras de medicamentos. Asimismo, contempló una ley marco que articulara a los laboratorios por regiones, con inversiones crecientes por partes del Estado financiado con recursos propios; que permitiera la calidad de la manufactura; un cronograma de planificación de la Producción escalonada regionalmente; la confección de un vademécum; la incorporación gradual de la producción a los programas de asistencia; la evaluación del desarrollo de medicamentos pediátricos; el establecimiento de criterios de control de calidad; y posibilidades de capacitación del personal, en alianza con las universidades, mediante convenios.

168

Los laboratorios privados extranjeros nucleados en la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (CILFA) y la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA) expresaron desde el primer momento su oposición a la sanción de la Ley de Genéricos. Objetaban que en Argentina no había estudios de bioequivalencia, lo cual perjudicaría la producción. De manera similar a los argumentos de los años 60, se apelaba a carencias en la investigación científica para invalidar un proyecto que podría afectar tangencialmente sus potenciales mercados. La ciencia era presentada como un recurso legitimador de razones comerciales (Román y Di Salvo, 2005). No obstante, si bien la reglamentación de la ley tardó tres años desde su sanción, la votación en ambas cámaras del Parlamento no tuvo disidencias. El bajo interés de lobby farmacéutico por limitar esta reglamentación tuvo que ver con la escasa amenaza que éstos fueron para los grandes laboratorios nacionales y multinacionales. Cabe señalar que los laboratorios públicos producen antibióticos, analgésicos y antifebriles y aún no pueden producir medicamentos de alto costo como los tratamientos tumorales o para el HIV; es decir: por el momento no son visibilizados como un competidor de peso por el sector privado (Maceira, 2010).

Conclusiones

La preocupación por la equidad social y el acceso ampliado a los bienes y servicios de salud ocupó la agenda social y estatal partir de la crisis de 2001, ante el resquebrajamiento de los indicadores más básicos de bienestar social y económico y

ante la evidencia empírica del fracaso de los anteriores paradigmas liberales económicos; en particular, los aplicados al sector salud. Algunos grupos de profesionales médicos comenzaron a discutir el problema del acceso y la distribución federal de los medicamentos en términos sociales, y no sólo ni principalmente según parámetros de eficacia técnica y rentabilidad económica, como había sido en la década pasada. Este nuevo contexto social y político, y de emergencia sanitaria, sirvió de plafón para colocar en agenda esta nueva perspectiva social sobre la producción, la distribución y el acceso a los medicamentos con una visión pública y social y no meramente de mercado. La producción pública de medicamentos ganó espacio en la agenda de salud de algunos profesionales médicos y poco a poco en la esfera pública estatal.

La discusión y los diagnósticos en torno a la posibilidad de relanzar la producción pública de medicamentos sobre la base de capacidades científico-tecnológicas existentes en el país, asentadas en un conjunto de laboratorios farmacéuticos universitarios y público-estatales de desarrollo desigual y variada potencialidad, implicó la movilización de ideologías con puntos de contacto con aquellas presentes en la experiencia EMESTA durante el primer gobierno peronista: centralmente en cuanto a que el Estado tuviera potestad para planificar, coordinar y dividir el trabajo de producción de fármacos según necesidades regionales y de acuerdo a una racionalidad de costos competitiva con el sector privado. Segundo, la posibilidad de incentivar la producción pública de medicamentos suponía a su vez apoyar una vía de industrialización que podía implicar en un futuro un proceso gradual de sustitución de importaciones, ganando en desarrollo, generación de trabajo industrial, y restando un sector de dependencia de importación de insumos y productos, de significativo peso negativo en la balanza comercial (Abrutzky *et al.*, 2012). Así, en términos discursivos y según el diseño de los instrumentos, la ideología de la autonomía tecnológica y la soberanía financiera en salud atravesó la experiencia EMESTA y la relativa a la producción pública de medicamentos (con la diferencia de que la primera admitió emprendimientos mixtos –públicos y privados– y la segunda sólo del primer tipo).

169

Sin embargo, en otro aspecto central no existió continuidad entre EMESTA y el proyecto actual. EMESTA apuntó a regular la comercialización de los medicamentos y se vinculó tanto con laboratorios públicos como privados. En este sentido, la recuperación de EMESTA como pasado inspirador de las bases ideológicas de la producción pública de medicamentos forma parte de lo que al principio del trabajo advertíamos en torno a la presencia de elementos míticos en las reconstrucciones y recuperaciones que, en este caso, en una política sobre medicamentos, se justifica recurriendo a la historia selectivamente. Lo que en cambio sí tuvieron en común estas dos experiencias fue al peronismo en el gobierno y el lugar de importancia que históricamente éste le otorgó a la soberanía tecnológica y al papel del Estado como orientador y regulador de la actividad económica privada según fines públicos y necesidades sociales. Otras ideologías de peso en la proyección de la producción pública de medicamentos, aunque con menor presencia que las dos anteriores, fueron las de planificación estratégica y regulación estatal, destacadas, en particular, en el clima de época que rodeó el proyecto y la sanción de la ley Oñativia.

En suma, EMESTA tuvo a su cargo el proceso de comercialización de las especialidades y productos elaborados por los institutos y fábricas oficiales, así como los fabricados por establecimientos de la industria privada a pedido del servicio. Quedaban bajo su jurisdicción el control de la calidad y la accesibilidad en el precio. La ley Oñativia incidió sobre el mismo sector. A diferencia de estas dos iniciativas, la ley de Producción Pública de Medicamentos sumó la preocupación por regular la producción de medicamentos estimulando las capacidades existentes en los laboratorios públicos.

Otro punto de ruptura se observa en el siguiente eje: si la experiencia EMESTA y la ley Oñativia fueron gestadas desde ámbitos ministeriales, impulsadas y diseñadas por sectores de gobierno, la iniciativa relativa a la producción pública de medicamentos lo fue, pero como consecuencia de la presión y de las demandas generadas desde espacios científicos y académicos, por la movilización de profesionales que, junto con asociaciones gremiales y figuras destacadas de la vida cultural argentina, se organizaron a favor de instalar el acceso a los medicamentos como un problema público y como una cuestión de Estado.

Finalmente, cabe resaltar que, si bien las tres iniciativas implicaron tensiones y conflictos de intereses, principalmente entre los laboratorios farmacéuticos nacionales y multinacionales y entre los grupos políticos y sociales que intentaban construir una alternativa pública y estatal a la lógica de mercado en la producción y distribución de medicamentos, la ley Oñativia condensó las más álgidas pujas, tensiones y conflictos de intereses en juego en la historia de este sector en Argentina, a tal punto que este conflicto está asociado a una de las causas que estuvieron detrás del golpe de Estado que derrocó al gobierno de Illia y llevó al poder al general Juan Carlos Onganía.

170

Como cierre de este artículo, queremos invitar a la reflexión en torno a cómo los gestores de políticas públicas recurren a la historia para buscar allí una guía o un insumo que les permita legitimar sus proyectos políticos. Para el caso de Argentina, luego de la crisis del 2001 se revalorizaron las gestiones de Ramón Carrillo y de Arturo Oñativia; no obstante, estas revisiones fueron selectivas. Retomando a Diego Armus, se recurrió a la historia de manera útil e instrumental; se tendió a recurrir al pasado con el objetivo de encontrar allí pistas que, se supone, deberían reducir –de modo no específico, sino general– las inevitables incertidumbres que marcan a todo proceso de toma de decisiones en materia de salud pública en el presente (Armus, 2010).

Bibliografía

ABRUTZKY, R., BRAMUGLIA, C. y GODIO, C. (2012): “Análisis de la industria farmacéutica estatal en Argentina”, *Documento de Jóvenes Investigadores*, vol. 1, n° 34.

AGNESE, G. (2011): *Historia de la fiebre hemorrágica argentina. Imaginario y espacio rural (1963-1990)*, Rosario, Prohistoria.

AGUIAR, D. (2010): *Análisis de procesos socio-técnicos de construcción de tecnologías intensivas en conocimiento en la Argentina. Un abordaje desde la sociología de la tecnología sobre una empresa de biotecnología en el sector salud. El caso Bio Sidus S. A. (1975-2005)*, tesis de doctorado, FLACSO.

AGUIAR, D. y BUSCHINI, J. (2009): “Empresa científica y empresa de científicos: la producción comercial de interferón entre la firma Inmunoquemia y el Instituto de Oncología Ángel H. Roffo (1975-1980)”, *Revista REDES*, vol. 15, n° 68, pp. 41-68.

ARMUS, D. (2007): *La Ciudad Impura. Salud, Tuberculosis y Cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa.

ARMUS, D. (2010): “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”, *Salud colectiva*, vol. 6, n° 1, pp. 5-10.

APELLA, I. (2006): “Acceso a medicamentos y producción pública: el caso argentino”, *Nuevos Documentos Cedes*, vol. 1, n° 26.

171

BELINI, C. (2014): *Convenciendo al capital. Peronismo, burocracia, empresarios y política industrial, 1943-1955*, Buenos Aires, Imago Mundi.

BELINI, C. (2015): “La promoción industrial durante el peronismo. Impacto y límites de la ley de industrias de interés nacional (1944-1958)”, *Temas de historia argentina y americana*, vol.1, n° 16. Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/promocion-industrialperonismo.pdf>. Consultado el 26 de marzo de 2015.

BIBILONI, A., CAPUANO, C., DE SARASQUETA, P., MOYANO, G., DE URRAZA, P., SANTAMARINA, A., ROBERTS, L., CAPDEVIELLE, A., MILAZZO, C., SLEPOY, N., KERSNER, D., RANDI, A., MUSINI, A., SANSONI, F. y BARONZINI, L. (s/f): *Innovación tecnológica y políticas de medicamentos*, Buenos Aires, Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, UBA.

BIERNAT, C. y RAMACCIOTTI, K. (2012): “Preguntas y herramientas para el análisis de las políticas sociales”, *Políticas sociales. Entre demandas y resistencias, Argentina 1930-1970*, Buenos Aires, Biblos, 11.

BISANG, R. y MACEIRA, D. (1999): *Medicamentos: Apuntes para una Propuesta de Política Integral*, Los Polvorines, LITTEC-Universidad Nacional General Sarmiento.

CAMPINS, M. y PFEIFFER, A. T. (2009): "Algunas causas que explican la estrategia hacia la conglomeración empresarial en Argentina. El caso del grupo SIDUS", *Anuario CEEED*, vol. 1, n° 1, pp. 107-134

CARBONETTI, A. y RODRÍGUEZ, M. L. (2007): "Las epidemias de cólera en Córdoba a través del periodismo: la oferta de productos preservativos y curativos durante la epidemia de 1867-1868", *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol. 14, n° 2, pp. 405-419.

CAPUANO, C. (2014): "Medicamentos, historia y dilemas", *Página/12*. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/economia/2-240070-2014-02-18.html>. Consultado el 18 de febrero de 2014.

CÁTEDRA LIBRE DE SALUD Y DERECHOS HUMANOS (2005): *Política actual de medicamentos en nuestro país: Un análisis del Programa Remediar*, Buenos Aires, Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, UBA.

CONADE (1961): "Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares", *Divulgación Interna*, s/v, n° 18.

CORREA, C. (2001): "Investigación y desarrollo en la industria farmacéutica. El caso argentino", *Revista Espacios*, vol. 22, n° 1, pp. 1-4.

ESTÉBANEZ, M. E. (1996): "La creación del Instituto Bacteriológico del Departamento Nacional de Higiene: salud pública, investigación científica y la conformación de una tradición en el campo biomédico", en M. Albornoz, P. Kreimer y E. Glavich (eds.): *Ciencia y Sociedad en América Latina*, Bernal, Universidad Nacional de Quilmes.

Franco, J. A. (2008): "Autoprescripción farmacológica. Un nuevo desafío clínico", *Encrucijadas*, vol.1, n° 44.

GAUDILLIÈRE, J. P. (2002): *Inventer la biomédecine. La france, l'amérique et la production des savoirs du vivant (1945-1965)*, París, La Découverte.

KATZ, J. (1974): *Oligopolio, Firms Nacionales y Empresas Transnacionales: La Industria Farmacéutica Argentina*, Buenos Aires, Ediciones Siglo XXI.

KATZ, J. (1981): "Estadios de Desarrollo en la Industria Farmoquímica Argentina", *Desarrollo Económico*, vol. 21, n° 83, pp. 294-319.

KATZ, J. y MUÑOZ, A. (1988): *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad, El Mercado de Medicamentos*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, CEPAL.

KREIMER, P. y CORVALÁN, D. (2009): "20 años no es nada: Conocimiento científico, producción de medicamentos y necesidades sociales", *Desarrollo Económico*, vol. 49, n° 193, pp. 123-149.

KREIMER, P., ROMERO, L. y BILDER, P. (2010): “¿Tratar o no tratar? La controversia científica sobre el tratamiento para los enfermos de Chagas Crónico”, *Asclepio*, vol. 62, n° 2, pp. 405-428.

LAVEAGA, E. y SANTOS, G. (2015): “Producción pública de medicamentos en Argentina. Construcción socio-técnica de políticas para la inclusión social”, *IV Jornadas de Iniciación en la Investigación Interdisciplinaria en Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de Quilmes, 20-21 de agosto de 2015.

MACEIRA, D. (2010): *Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos*. Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.

MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA (1966): *Política Sanitaria y Social*, Tomo II, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1952): *Memoria correspondiente al período 1946-1952*, Buenos Aires, Talleres Gráficos.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA NACIÓN (1950): *Reglamento Interno*, Parte Técnica General, Buenos Aires, Talleres Gráficos.

MOYANO, G. y ESCUDERO, J. (s/f): *Informe sobre la situación de la salud en Argentina. La salud en Argentina ¿En manos de quién?*, Buenos Aires, Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos, UBA.

O' DONNELL, G. (2009): *El Estado Burocrático Autoritario*, Buenos Aires, Prometeo.

PFEIFFER, A. T. y CAMPINS, M. (2004): “La producción de medicamentos durante el peronismo y el conflicto con los laboratorios Massone. ¿Problema tecnológico o político?”, *Ciclos*, vol. 1, n° 27, pp. 123-150.

PREGO, C. (2010): “La gran transformación académica y su política a fines de los años 50. El proyecto de reorganización institucional y los inicios del debate del cientificismo en la Universidad de Buenos Aires”, en C. Prego y O. Vallejos (eds.): *La construcción de la ciencia académica: actores, instituciones y procesos en la Universidad argentina del siglo XX*, Buenos Aires, Biblos.

PRESIDENCIA DE LA NACIÓN ARGENTINA Y CONSEJO NACIONAL DE DESARROLLO (1965): *Plan Nacional de Desarrollo 1965-1969*, Buenos Aires.

RAMACCIOTTI, K. (2014): “Políticas sanitarias, desarrollo y comunidad en la Argentina de los años sesenta”, *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 12, n° 1, pp. 93-113.

REPETTO, F. (2014): “Políticas sociales. Una mirada político-institucional a sus reformas, desafíos e impactos”, en C. Acuña (comp.): *El Estado en acción. Fortalezas y debilidades de las políticas sociales en la Argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI.

RODRÍGUEZ, M. L., CARBONETTI, A., RIZZI, G. y RIVERO, D. (2014): “El mercado de las publicidades de medicamentos e insumos médicos especializados en el interior de Argentina: El caso de la Revista del Círculo Médico de Córdoba y la Revista Médica de Córdoba, Argentina, 1912-1938”, *Asclepio*, vol. 66, n° 2, pp. 1-16.

ROMÁN V. y DI SALVO, M. T. (2005): “Los medicamentos como bien social. Universidad, Hospital Público y Producción Pública en el contexto de la desregulación”, Actas de la X° Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia, Rosario, UNR.

ROMÁN V. y DI SALVO, M. T. (2010): “La producción pública de medicamentos en Argentina: Notas para su análisis”, *SaberEs*, n° 2, pp. 73-93.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA (1947): *Plan Analítico de Salud Pública*, Buenos Aires, Talleres Gráficos.

SALOMON, J. J. y HART, D. (1999): “Dossier dedicado a V. Bush”, *Revista REDES*, vol. 7, n° 14, pp. 138-156.

SWANN, J. (2009): “The Pharmaceutical Industries”, en P. J. Bowler y J. V. Pickstone (eds.): *The Cambridge History of Science*, Cambridge, Cambridge University Press, pp. 126-140.

174

VERONELLI, J. C. y VERONELLI CORRECH, M. (2004): *Los orígenes institucionales de la salud Pública en la Argentina*, Tomo II, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.