

Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001

Socio-technical alliances and drug policy: perspectives from the Argentinean Crisis of 2001

Guillermo Santos[♦]

Universidad Nacional de Quilmes

ORCID:0009-0004-2234-5947

Fecha de recepción: 10 de mayo del 2024

Fecha de aceptación: 9 de julio del 2024

ISSN: 2415-2498

Santos, Guillermo (2024). «Alianzas Socio-Técnicas y Políticas de Medicamentos: perspectivas desde la crisis Argentina del 2001». *Politai: Revista de Ciencia Política*, Año 15, N.º 24: pp. 61-87.

DOI: <https://doi.org/10.18800/politai.202401.003>

♦ Sociólogo e historiador de la Universidad Nacional de Quilmes (Argentina). Magíster en Historia Social y doctor en Ciencias Sociales y Humanidades (UNLu-Argentina). Su línea de investigación se centra en el análisis socio-técnico en temas de salud, energía y educación. Actualmente es investigador del Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología (IESCT-UNQ) y director de la Licenciatura en Ciencias Sociales y Humanidades (virtual) en la Universidad Nacional de Quilmes. Correo electrónico: guimarsan@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar la dinámica problema-solución vinculada a la disponibilidad y acceso de la población argentina a medicamentos como consecuencia de la crisis social, económica, política y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001.

Interesa analizar los alcances, características y limitaciones que tuvieron las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008, cuyos objetivos fueron resolver el problema de la falta de acceso a medicamentos que afectaba a los sectores más vulnerables de la Argentina.

La reconstrucción analítica de esta dinámica socio-institucional aportará una mejor comprensión del proceso de co-construcción de políticas públicas, normativas, artefactos, intereses económicos, ideologías y dinámicas de desarrollo tecno-productivos inclusivas, y ofrecerá nuevas explicaciones acerca del funcionamiento/no funcionamiento de las políticas públicas implementadas para solucionar problemas sociales vinculados al acceso de la población a medicamentos.

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

Este artículo se enmarca en un abordaje socio-técnico proveniente de la sociología constructivista de la tecnología (Bijker, 1995; Pinch y Bijker, 2008; Thomas, 2008, Santos y Thomas, 2016), que combina herramientas de análisis de la sociología constructivista y del análisis de políticas públicas. La capacidad descriptiva y explicativa de un abordaje de este tipo deriva de la posibilidad de generar una reconstrucción analítica de las complejas relaciones entre usuarios y herramientas, actores y artefactos, instituciones y sistemas normativos, ideologías e intereses económicos, donde en el mismo acto en que se diseñan e implementan políticas públicas, se construyen órdenes jurídico-políticos, organizaciones sociales y sistemas tecno-productivos.

Dos conceptos clave guían el análisis de este artículo: “funcionamiento/no funcionamiento” y “alianza socio-técnica”. El primero, es el resultado de un proceso de co-construcción social y normativa en el que intervienen, normalmente de forma auto-organizada, elementos heterogéneos: condiciones materiales, sistemas, conocimientos, regulaciones, financiamiento, prestaciones, etc. Supone complejos procesos de adecuación de respuestas/soluciones a concretas y particulares articulaciones socio-institucionales históricamente situadas. El segundo concepto, la alianza socio-técnica, es una reconstrucción analítica de una coalición de elementos heterogéneos implicados en el proceso de construcción de funciona-

miento/no funcionamiento de una política pública. En otros términos, una alianza socio-técnica constituye un movimiento de alineamiento y coordinación de: artefactos, ideologías, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos, condiciones ambientales, materiales, etc. que viabilizan o impiden la estabilización de la adecuación socio-técnica de una política y su funcionamiento.

Palabras clave: *Medicamentos – políticas públicas – funcionamiento/no funcionamiento – alianza socio-técnica*

ABSTRACT

The aim of this article is to analyse the problem-solution dynamics linked to the availability of and access to medicines for the Argentine population as a result of the social, economic, political and health crisis that affected Argentina in 2001.

It is interesting to analyse the scope, characteristics and limitations of the public policies implemented by the Argentinean government between 2002 and 2008, whose objectives were to solve the problem of the lack of access to medicines that affected the most vulnerable sectors of the Argentinean population.

The analytical reconstruction of this socio-institutional dynamic will provide a better understanding of the process of co-construction of public policies, regulations, artefacts, economic interests, ideologies and inclusive techno-productive development dynamics, and will offer new explanations about the functioning/non-functioning of the public policies implemented to solve social problems linked to the population's access to medicines.

This article argues that public policy is not only the exercise of a vertical and centralised will, but rather the result of the alignment and coordination of a heterogeneous set of elements that are horizontally linked and that allow public policies to consolidate or destabilise.

This article is framed within a socio-technical approach (Bijker, 1995; Pinch y Bijker, 2008; Thomas, 2008, Santos y Thomas, 2016), which combines analytical tools from constructivist sociology and public policy analysis. The descriptive and explanatory capacity of such an approach derives from the possibility of generating an analytical reconstruction of the complex relationships between users and tools, actors and artefacts, institutions and normative systems, ideologies and economic interests, where in the same act in which public policies are designed and implemented, legal-political orders, social organisations and techno-productive systems are constructed.

Two key concepts guide the analysis of this article: 'functioning/non-functioning' and 'socio-technical alliance'. The for-

mer is the result of a process of social and normative co-construction in which heterogeneous elements intervene, usually in a self-organised way: material conditions, systems, knowledge, regulations, financing, benefits, etc. It involves complex processes of tailoring responses/solutions to specific and particular historically situated socio-institutional articulations. The second concept, the socio-technical alliance, is an analytical reconstruction of a coalition of heterogeneous elements involved in the process of constructing the functioning/non-functioning of a public policy. In other words, a socio-technical alliance constitutes a movement of alignment and coordination of: artefacts, ideologies, regulations, knowledge, institutions, social actors, economic resources, environmental conditions, materials, etc. that make possible or impede the stabilisation of the socio-technical adequacy of a policy and its functioning.

Keywords: *Medicines - public policies - functioning/non-functioning - socio-technical alliance.*

1. Introducción

La disponibilidad y acceso a medicamentos constituyen problemas que han adquirido relevancia dramática en la Argentina a partir de la crisis política, económica, social y sanitaria que afectó al país en el año 2001. Como respuesta a esta situación, el presidente interino argentino Eduardo Duhalde declaró la emergencia sanitaria nacional en el año 2002 e implementó un conjunto de medidas para garantizar la producción de medicamentos y el acceso a ellos por parte de la población.

Sin embargo, esta problemática construida en torno a la producción y distribución de especialidades medicinales no tuvo unanimidad de opiniones y diagnósticos. Al contrario, el problema de la disponibilidad y acceso de la población a medicamentos luego de la crisis del año 2001 fue significada de diferentes maneras por distintos grupos de actores sociales. En función de esta flexibilidad de interpretaciones, fueron diseñadas e implementadas distintas políticas que estructuraron un sistema de resolución de problemas, que le dio a la política de medicamentos en Argentina una orientación y un sentido que perduran hasta la actualidad.

El objetivo de este artículo es analizar la dinámica problema-solución vinculada a la disponibilidad y acceso de la población argentina a medicamentos como consecuencia de la crisis del año 2001.

Interesa analizar los alcances, características y limitaciones que tuvieron las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008, cuyos objetivos fueron resolver el problema de la falta de acceso a medicamentos que afectaba a los sectores más vulnerables de la Argentina.

Se mostrará que el problema del acceso de la población a los medicamentos en las últimas décadas fue significado de diferentes maneras por distintos grupos de actores sociales, y que en función de esta flexibilidad de interpretaciones se diseñaron e implementaron distintas soluciones. Se mostrará la existencia de dos alianzas socio-técnicas en el período analizado, que explican los conflictos de intereses entre los diferentes actores sociales, las regulaciones del Estado resultantes y la implicación del sector privado como actor relevante en la producción y distribución de medicamentos.

A través de la reconstrucción analítica de esta dinámica problema-solución se pretende aportar una mejor comprensión de los procesos de co-construcción de políticas y normativas, conocimientos, formación de recursos humanos especializados y dinámicas de desarrollo productivo. Se pretende, a su vez, ofrecer nuevas explicaciones acerca de las condiciones de viabilidad de este tipo de políticas en escenarios socio-históricos y económicos cambiantes.

En este sentido, el análisis de las políticas de producción de medicamentos permitirá reflexionar acerca de los problemas vinculados al sentido común del diseño e implementación de políticas públicas orientadas a resolver problemas de gravedad social. Este análisis permitirá a su vez proponer nuevos insumos para la generación de políticas públicas y estrategias institucionales de desarrollo social más inclusivas y sustentables.

Este documento se articula en tres partes: una primera destinada a establecer la problemática de este trabajo, así como su base teórico-conceptual y metodológica; una segunda parte, donde se analiza la dinámica problema-solución construida en torno a las políticas implementadas entre los años 2002 y 2008. Se argumenta que el acceso de la población a medicamentos fue significado de distintas maneras por distintos grupos de actores (Ministerio de Salud de la Nación, organismos de control, laboratorios públicos elaboradores

de medicamentos, laboratorios privados, cámaras empresariales, grupos de opinión, etc.) y en función de esta flexibilidad de interpretaciones se diseñaron e implementaron distintas soluciones.

Finalmente, la tercera parte aporta algunas conclusiones significativas. Se mostrará que las políticas de inclusión, como las que garantizan disponibilidad y acceso a medicamentos a la población en general, no funcionan sólo porque resuelven problemas puntuales, sino porque las redes y alianzas en las cuales se insertan son eficientes en la generación de procesos de cambio y desarrollo social. Así, la política pública no es el resultado de una decisión racional, sino de la acción de actores heterogéneos dispuestos en distintas configuraciones institucionales, en las que adquieren función y sentido.

Dos conceptos articulan el análisis de la trayectoria socio-institucional de la producción y distribución de medicamentos: funcionamiento/no funcionamiento y alianza socio-técnica (Thomas y Santos, 2016; Santos, 2018).

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

Por su parte, este análisis del funcionamiento o no funcionamiento de una política o sistema socio-productivo, como el de la producción de medicamentos, se complementa analíticamente con el concepto de alianza socio-técnica. Una alianza socio-técnica es una reconstrucción analítica de una coalición de elementos heterogéneos implicados en el proceso de construcción de funcionamiento/no funcionamiento de una política pública. En otros términos, una alianza socio-técnica constituye un movimiento de alineamiento y coordinación de: artefactos, ideologías, regulaciones, conocimientos, instituciones, actores sociales, recursos económicos, condiciones ambientales, materiales, etc. que viabilizan o impiden la estabilización de la adecuación socio-técnica de una política y su funcionamiento.

La investigación, cuyos resultados se exponen en este artículo, se basó en una metodología cualitativa, orientada al análisis de la producción pública de medicamentos y de las políticas públicas implementadas por el gobierno argentino luego de la crisis del año 2001.

La primera etapa de la investigación se inició con el relevamiento y sistematización de las experiencias estatales (nacionales, provinciales y/o municipales) de producción de medicamentos, y de las instituciones vinculadas a las mismas (instituciones públicas de I+D, universidades, agencias gubernamentales, empresas públicas, etc.).

El relevamiento de las experiencias estatales tuvo por objetivo registrar la mayor cantidad posible de experiencias de desarrollo e implementación de producción pública de medicamentos en instituciones de I+D, agencias gubernamentales, universidades, empresas públicas, etc., a escala nacional, provincial y municipal. Dada la naturaleza del relevamiento de experiencias, fue conveniente la aplicación de un conjunto acotado de técnicas de detección:

- bases de datos sobre Tecnologías Sociales (generales, sectoriales, institucionales),
- entrevistas con informantes clave,
- relevamiento de registros oficiales e institucionales,
- relevamiento de fuentes secundarias.

El análisis de las experiencias de producción pública de medicamentos a escala nacional, provincial y municipal se orientó a dimensionar el alcance y escala de las experiencias desa-

rrolladas, localizar su implementación e identificar fenómenos significativos: conformación de redes, dinámicas usuario-productor, intervención del estado (nacional, provincial, municipal), intervención de agencias internacionales, construcción de relaciones problema-solución, dinámicas de cooperación inter-institucional, entre otros.

La información relevada fue sistematizada en diferentes formatos, privilegiándose la confección de mapas nacionales y regionales de capacidades institucionales de desarrollo e implementación de producción pública de medicamentos, los registros y directorios de experiencias tecnológicas, grupos y capacidades, y la generación de indicadores de desempeño.

Breve estado de la cuestión

Si bien existe una amplia variedad de trabajos sobre las políticas de medicamentos en América Latina, el tema de la producción pública ha sido poco desarrollado. Se pueden identificar algunos trabajos que han abordado el tema desde distintos campos disciplinares. Así, por ejemplo, pueden citarse a Ignacio Katz (2003) y Ginés González García et al. (2005) desde los estudios sociales de la salud; y a otros académicos que han analizado el tema desde el campo de la historia económica y de la economía de la salud (Porcel, 2001; Tobar, 2002 y 2004; Apella, 2006; di Salvo y Román, 2009; Román y di Salvo, 2010; Maceira et al., 2010; Bramuglia, Godio y Abrutzky, 2012). Estos trabajos, aunque coinciden en general acerca de la importancia estratégica que la producción pública de medicamentos tiene dentro de las políticas de salud, presentan algunas divergencias en cuanto al sentido de la producción pública, su orientación y las estrategias consideradas relevantes para su promoción e implementación. Así, por ejemplo, Evangelina Martich (2014) señala que las políticas de salud, en tanto políticas sociales, constituyen un derecho inherente a la condición de ciudadanía y, por lo tanto, los medicamentos deben ser considerados como bienes estratégicos que garanticen el derecho de la población para acceder a ellos.

Por su parte, el tema de la industria farmacéutica privada y su relación con el Estado –conflictiva o complementaria– forma parte de las discusiones sobre la viabilidad de la producción pública y su posible orientación estratégica. Así, por ejemplo, Cristina Bramuglia, Cristina Godio y Rosana Abrutzky (2012) describen las características generales y específicas de la industria farmacéutica en Argentina y el lugar que la producción pública de medicamentos tiene en ella. Las autoras señalan que la producción pública de medicamentos tiene una participación relativa en el conjunto de la producción farmacéutica argentina cercana al 15% en términos de su valor de producción y agregan que la producción pública abastece un segmento del mercado farmacéutico constituido por más del 50% de la población sin cobertura en Argentina. La industria farmacéutica en general, y la producción pública de medicamentos en particular, son analizadas también por Viviana Román y María Teresa di Salvio (2010). Las investigadoras sostienen que, si bien el Estado argentino fabrica una cantidad relativamente significativa de medicamentos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación que impacten positivamente en una política de producción pública de medicamentos.

A pesar de estos esfuerzos, siguen siendo escasos los trabajos orientados al análisis de estas experiencias desde una perspectiva socio-técnica. Con este artículo se pretende contribuir a estos debates para que puedan convertirse en insumos adecuados para el desarrollo de políticas públicas de producción de medicamentos.

2. La disponibilidad y acceso a medicamentos como problema de política pública

Los medicamentos son artefactos esenciales para la preservación de la salud. Constituyen insumos fundamentales para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En estos sentidos, los medicamentos no son cualquier tipo de artefactos.

Son bienes producidos industrialmente y comercializados a gran escala. Su consumo satisface requerimientos y deseos de las personas, aunque muchas veces no representan necesidades sanitarias reales. Ante todo, sin embargo, los medicamentos son bienes sociales y en tal sentido la problemática en torno a su producción y distribución no puede ser considerada solamente en términos comerciales. Tampoco en términos exclusivamente terapéuticos. Es todo eso y más.

Los medicamentos no sólo se definen por sus propiedades bioquímicas, formas y contenidos de presentación, sino también por los significados que tienen para una cultura determinada. Son parte del modo en que la salud es significada por cada sociedad. O, en otros términos, el significado que tienen los medicamentos para una sociedad está asociado a valoraciones referidas a sus formas de presentación y envase, indicaciones terapéuticas, colores, sabores, etc. Pero también a la manera como son comercializados. Y por supuesto, consumidos.

Sin embargo, el consumo de medicamentos presenta características similares a las que presentan otros bienes considerados valiosos. Vale decir, se compra cada vez más, pero a la vez se concentra también más en los mismos países y/o sectores sociales. Así, por ejemplo, el 70% del gasto en medicamentos se concentra en América del Norte y Europa Occidental. Por su parte, en los países en desarrollo, donde vive el 75% de la humanidad, se consume sólo el 8% de los productos farmacéuticos. En el caso de Argentina, en el año 2003 el 40% de la población más pobre de la Argentina destinaba a medicamentos dos tercios de su gasto en salud, mientras que en el 20% de la población más rica, los medicamentos representaban tan sólo un cuarto de ese gasto (González García et al., 2005: 58).

Estas cifras permiten aseverar que el consumo de medicamentos sigue, en líneas generales, la tendencia de la capacidad de consumo de la población. Además, como la cobertura de seguridad social es menor en los sectores de menores ingresos, este sector de la población llega a destinar un 85% del valor de los medicamentos de sus propios bolsillos, mientras que los sectores más ricos de la sociedad gastan un 48% (Jorrat et al., 2003).

Son varias las razones que se aducen para explicar por qué las personas de menores ingresos suelen gastar proporcionalmente más en medicamentos que los sectores más ricos. Así, por ejemplo, Ginés González García (2005: 134) señala que si bien los servicios públicos de salud son gratuitos, hasta la aparición del Plan Remediar¹¹ no existía en la Argentina una provisión generalizada de medicamentos en los centros de atención de la salud. Menciona también que las personas suelen asistir a la consulta médica en el momento que se encuentran enfermos y casi sin posibilidades de evitar la compra de medicamentos. También se menciona que las personas con menores recursos suelen tener pocas posibilidades de acceder a los precios menores que muchas veces ofrecen las grandes farmacias.

¹¹ El Plan REMEDIAR es un programa implementado en Argentina que tiene como objetivo principal mejorar el acceso de la población a los medicamentos esenciales. Fue lanzado en el año 2002 y se enfoca en distribuir medicamentos gratuitos a través de centros de atención primaria de salud en todo el país. Este programa está dirigido especialmente a personas sin seguro de salud o con recursos limitados, brindándoles acceso a tratamientos para enfermedades crónicas y agudas.

Estas condiciones se vieron agravadas en la Argentina a partir del año 2001. En efecto, la crisis política, social y económica ocurrida en la Argentina en el año 2001 constituyó un desafío de primer orden en términos de garantizar el derecho a la salud. En las últimas tres décadas del siglo veinte, la Argentina ingresó en una etapa de acumulación del capital que provocó importantes y profundas transformaciones sociales, y que modificaron las lógicas y los contenidos de los procesos de integración/exclusión en el país. En su conjunto, como afirma Maristella Svampa, estas transformaciones estructurales impulsaron un notorio incremento de la desigualdad en el interior de la sociedad y “[...] conllevaron una fuerte desregulación económica y una reestructuración global del Estado, lo cual terminó por acentuar las desigualdades existentes, al tiempo que generó nuevos procesos de exclusión, que afectaron a un conglomerado amplio de sectores sociales” (Svampa, 2005: 10).

El acceso de amplios sectores de la población al consumo de medicamentos no estuvo ausente de esos procesos de desregulación económica y exclusión social y constituyó un problema que adquirió relevancia dramática a partir de la ya mencionada crisis del año 2001, que significó, entre otras cosas, una verdadera crisis sanitaria. En efecto, estudios recientes muestran que en los primeros años del siglo veintiuno, en un contexto en el que casi el 50% de la población era pobre y entre ellos un 25% se encontraba bajo la línea de pobreza, el 49% de los hogares más pobres de la Argentina no pudo acceder a los medicamentos que les fueron indicados para el tratamiento de diversas patologías (Apella, 2006; Bramuglia, C. et al., 2012; Tobar, 2004). Por su parte, el ex Ministro de Salud de la Nación Argentina, Ginés González García, estimó que para el año 2001 entre el 40% y el 50% de la población argentina tuvo graves problemas de acceso a los medicamentos esenciales (González García et al., 2005: 148).

Durante los años noventa, el financiamiento del sistema de salud se tornó más vulnerable, avanzando en un modelo más regresivo acorde con la lógica desregulatoria antes enunciada. Así, los sectores sociales más postergados de la población necesitaron de mayores pagos de sus propios bolsillos en porcentaje de su ingreso para hacer frente a sus gastos sanitarios (Maceira, 2004). Dentro de ellos, la participación del gasto en medicamentos fue significativa, representando, según el análisis de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares de 1996/1997, aproximadamente dos tercios del gasto total en el primer quintil de la población (Maceira, 2004: 13).

Por su parte, Ignacio Apella (2006) muestra la relación entre el gasto en salud, desagregado en servicios de salud y medicamentos, y el nivel de ingreso de los hogares, y observa la existencia de una relación negativa y significativa entre el gasto en salud, como porcentaje del ingreso, y el ingreso de los hogares. Vale decir, a menor nivel de ingreso, mayor es la proporción dedicada a gasto de bolsillo en salud (cuadro 1):

Cuadro 1:

Gasto medio en salud de los individuos, por tipo de gasto y quintil de ingreso, como porcentaje del ingreso medio. Año 2003.					
Rubro/Quintil	I	II	III	IV	V
Gasto en medicamento	11.3	8.7	9.0	6.2	3.3
Gasto en servicios de salud	4.5	5.7	6.0	4.6	4.3
Gasto total en salud	15.7	14.4	15.0	10.8	7.6

Fuente: Apella (2006: 7).

Como se puede observar en el cuadro anterior, la regresividad que presenta el gasto en salud de los distintos sectores sociales se explica por el gasto en medicamentos, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los hogares pertenecientes a los quintiles más pobres para hacer efectiva su demanda potencial. En este sentido, la participación del gasto en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes al quintil más pobre es de 11,3%, en tanto el quinto quintil destina sólo el 3,3 por ciento.

Al observar el porcentaje de la población que, habiéndole sido recetado algún medicamento pudo acceder a su consumo en el año 2001, Ignacio Apella (2006) muestra asimismo que el 23,29 por ciento de los hogares no realizó el consumo de medicamentos. En términos de quintiles, el 49 por ciento de los hogares pertenecientes al primer quintil no accedió a los medicamentos que le fueran recetados, en tanto que el 94 por ciento de los hogares del quinto quintil logró hacerlo (cuadro 2):

Cuadro 2:

Acceso de los hogares a medicamentos. Año 2001.-en %-						
Acceso a medicamentos /Quintil	I	II	III	IV	V	Total
Sí	51.41	70.44	79.82	97.39	93.71	76.71
No	48.59	29.56	20.18	12.61	6.29	23.29

Fuente: Apella (2006: 7).

Estos datos muestran que la recesión que sufrió el país a partir de fines de la década de los años noventa –y que alcanzó su máxima expresión en la crisis del año 2001– llevó a que cada vez menos personas pudieran acceder a medicamentos que les fueron indicados. Se estima que de 482 millones de unidades consumidas efectivamente en el país en 1992 se pasó a sólo 277 millones en el año 2002. Como afirma el ex ministro de Salud de la Nación, [...] la lógica era simple: tenían acceso al medicamento sólo los que tenían dinero y trabajo. Como en la Argentina ambos escaseaban, la situación había empeorado y la sufrían los que más necesidad y menos dinero tenían (González García, 2005: 131).

Frente a esta situación en el año 2002, en el marco de la emergencia social, económica y sanitaria, y con el objetivo de promover el acceso de la población a los medicamentos esenciales, el Ministerio de Salud de la Nación formuló una política nacional de medicamentos, basada en tres ejes principales:

- 1) la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico (ley nacional n° 25.649);
- 2) la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud (decreto n° 486/02); y
- 3) la provisión pública a través de diversos programas públicos, como el Plan Remediador.

En su conjunto, estas medidas estuvieron dirigidas a mejorar las condiciones de acceso de la población con capacidad financiera y/o con un sistema de co-financiamiento de los medicamentos. En este sentido, el uso del nombre genérico o “Denominación Común Internacional”, fue establecido con el fin de lograr una mayor competencia por precio entre las distintas alternativas comerciales de un mismo tipo de medicamento. Por otra parte, la financiación selectiva enumera explícitamente cuáles medicamentos deben ser incluidos en la financiación pública o colectiva –obras sociales–.

El tercer componente de la política nacional de medicamentos consistió en un programa de provisión pública. Si las medidas anteriores alcanzaban a aquellas personas que contaban con cobertura de salud y/o recursos para acceder a los medicamentos, un gran porcentaje de la población dependía exclusivamente del sistema de salud público para el acceso a los mismos. Para hacer frente a este problema, se creó el Programa Remediar, que consistía en la entrega gratuita de medicamentos en centros de atención de la salud de todo el país.

Sin embargo, este conjunto de medidas tenía en común una estrategia basada esencialmente en la compra de medicamentos por parte del Estado que, no sólo ejerce una presión significativa sobre el presupuesto nacional de salud, sino que también implica una práctica que no es sustentable en el tiempo en términos presupuestarios.

En primer lugar, porque las empresas farmacéuticas no forman sus precios sobre una estructura de costos de producción, sino que se rigen por valores de mercado, espacio en el cual la industria farmacéutica, altamente oligopólica, tiende a prácticas colusivas y no de competencia. Y, en segundo lugar, porque los laboratorios privados no producen medicamentos de reconocida acción terapéutica, aunque de escasa rentabilidad como los denominados huérfanos, que se utilizan en el tratamiento de Chagas, la hidatidosis o la tuberculosis, entre otras patologías. Así, como afirma Martín Isturiz, “[...] establecer políticas públicas de abastecimiento de medicamentos para planes sociales direccionadas sobre el eje de la compra, las vuelve muy vulnerables al significativo poder de las grandes empresas farmacéuticas y a los avatares de una economía de mercado” (2011: 113).

Desde la implementación del programa nacional de medicamentos en el año 2002 diversos grupos de opinión, científicos, instituciones de ciencia y tecnología, laboratorios públicos y universidades nacionales sostuvieron y alentaron la implementación de un cuarto eje, que se sumara a las otras tres medidas anteriormente enunciadas, y que estuviera basado en el financiamiento y provisión de medicamentos a través de la producción pública.

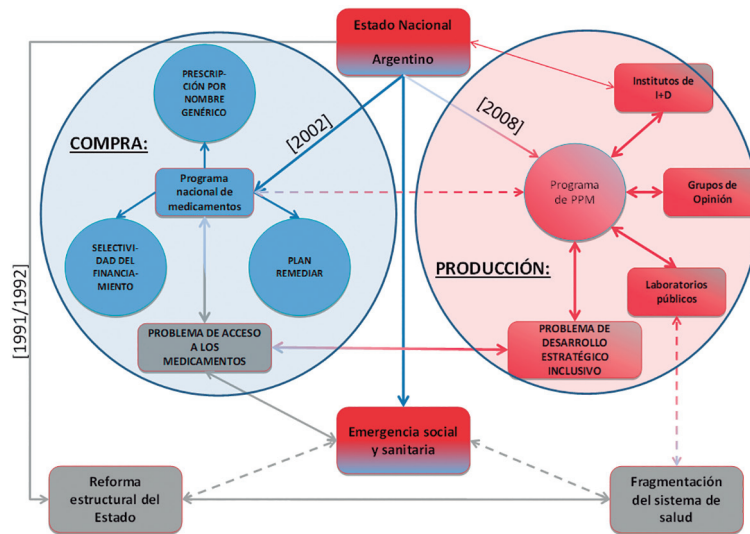
En esa dirección, desde el Estado nacional se promovió e impulsó en el año 2008 la creación del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos, cuyo primer objetivo sería la consolidación de los laboratorios públicos existentes de acuerdo con el marco regulatorio vigente.

Además, el programa se complementaba con la vinculación con universidades nacionales y organismos de ciencia y tecnología, como instrumentos para articular la producción de medicamentos con investigación y desarrollo.

Este último tipo de experiencias –las vinculadas a la producción pública de medicamentos– son las que pueden ser comprendidas como tecnologías para la inclusión social y constituyen el objeto de estudio de este trabajo.

El siguiente gráfico (gráfico 1) resume la lógica de la construcción del problema aquí analizado:

Gráfico 1:
Dinámicas problema-solución del acceso a medicamentos construidas por el Estado nacional (2002-2008):



Fuente: Elaboración propia

A modo de resumen, puede afirmarse que durante los años noventa el financiamiento del sistema de salud se tornó en la Argentina más vulnerable, avanzando en un modelo más regresivo acorde con la lógica desregulatoria de la política social y económica implementada por el gobierno nacional. En el área de la salud esto implicó que los sectores sociales más postergados de la población argentina necesitarán de mayores pagos de sus propios bolsillos en porcentaje de su ingreso para hacer frente a sus gastos sanitarios. Esta situación se vio particularmente agravada como consecuencia de la ya mencionada crisis social, política, económica y sanitaria que afectó a la Argentina en el año 2001. Frente a esta situación, tal como se pudo apreciar en el Gráfico 1, a partir del año 2002 el Ministerio de Salud de la Nación implementó una política nacional de medicamentos con el objetivo de promover el acceso de la población a especialidades medicinales y que se basó en los tres ejes principales que se han desglosado más arriba: la prescripción de los medicamentos por su nombre genérico, la selectividad en la financiación de los medicamentos por los seguros de salud y la provisión pública a través de diversos programas, como el Plan Remediar.

Sin embargo, en el marco general de las políticas de medicamentos implementadas por el gobierno nacional, la producción pública de medicamentos ocupó un espacio marginal por lo menos hasta que en el año 2008, y bajo la participación directa de un colectivo de actores sociales –entre ellos laboratorios públicos elaboradores de productos medicinales, instituciones públicas de I+D y organismos de ciencia y tecnología–, fuera implementado un programa nacional de producción pública de medicamentos. Para este colectivo de actores, el problema del acceso a los medicamentos fue significado de forma distinta al sentido otorgado por el gobierno nacional desde el año 2002, y se tradujo en la consideración de la producción pública de medicamentos como una solución adecuada a un problema más general y estructural significado en términos de desarrollo científico-tecnológico-productivo-estratégico.

Así, es posible identificar finalmente dos formas distintas de significar el problema y de orientar sus posibles soluciones: uno en términos de compra de medicamentos como estrategia principal para mejorar el acceso de la población a los medicamentos, y que fue sustentado por el gobierno nacional a partir del año 2002, y otro significado en términos de producción local y sustentable como principal forma de lograr no sólo mejores condiciones

de acceso de la población a productos medicinales, sino también como forma de impulsar el desarrollo tecno-productivo local en materia de medicamentos, vacunas y productos médicos.

A continuación, se analizará la dinámica problema-solución implementada por el gobierno argentino entre los años 2002 y 2008.

3. La construcción de la política pública de medicamentos (2002-2008)

El 2 de enero de 2002 asume como Ministro de Salud y Ambiente de la Nación el doctor Ginés González García, durante el gobierno del presidente Eduardo A. Duhalde y ratificado luego en el cargo en el año 2003 por el presidente Néstor C. Kirchner.

Las autoridades ministeriales caracterizaron la política económica y sanitaria del país en el año 2002 como de un altísimo contenido crítico. Afirmaba el entonces Ministro de Salud que:

La gravísima coyuntura, los intolerables niveles de pobreza, la crisis que afectaba al mercado de la salud, las dificultades para hacer frente a los pagos de la deuda, la parálisis productiva con su consecuente desorden fiscal y su correlato de crisis política, que alcanzaba incluso a la mayor parte de los estados provinciales, hacían insostenible el manejo de la actividad pública y el ejercicio de los deberes y obligaciones que son propios de cualquier Estado (González García et al., 2005: 204).

Ante esta situación, el Estado Nacional, por iniciativa del Ministerio de Salud y Ambiente, decretó la Emergencia Sanitaria Nacional. A través del decreto n° 486/2002 de Emergencia Sanitaria Nacional, el gobierno argentino se planteó como objetivo central de su política sanitaria garantizar la continuidad de las prestaciones de los servicios de salud. También se planteaba como prioridad garantizar el acceso a los medicamentos, fortalecer la estrategia de atención primaria, reimpulsar el Sistema de Seguridad Social y crear una política sanitaria a nivel federal.

Atendiendo a estas prioridades, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación diseñó una estrategia de solución a los problemas identificados que incluía restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas con servicios de internación. A su vez, las autoridades reconocían el problema de accesibilidad de los sectores más vulnerables de la sociedad a los medicamentos, razón por la cual la política pública preveía mecanismos para que se suministraran medicamentos para pacientes con alta vulnerabilidad social y para aquellos que padecían enfermedades infecciosas.

Por ello, en el año 2002 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación dispuso una serie de medidas, entre las que se destacan:

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

La prescripción por nombre genérico, según su establecimiento por la ley n° 25.649 del 28 de agosto del 2002, se basaba en que toda receta y/o prescripción médica u odontológica debía efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguido de la forma

farmacéutica, cantidades de unidades por envase y concentración. Por su parte, el profesional farmacéutico debía informar al consumidor todas las marcas comerciales que contengan el mismo principio activo, con las mismas cantidades de unidades, forma farmacéutica y concentración, y los distintos precios de esos productos.

Para las autoridades del Ministerio, esta medida reduciría la incidencia del gasto en salud, sobre todo para las familias con menor poder adquisitivo. Esta política introduciría la competencia por precio en un contexto de mercado que, como el de medicamentos, poseía características de oligopolio (González García et al., 2005).

Más allá de la posibilidad de reducir precios de medicamentos en términos generales, la implementación de esta política benefició en particular a aquellas personas que sufrían enfermedades crónicas y que requerían tratamientos farmacológicos prolongados. Tal es el caso, por citar tan solo un ejemplo, del *enalapril*, un antihipertensivo indicado para tratar la presión arterial alta o, en combinación con otros medicamentos, para tratar la insuficiencia cardíaca. En una de sus presentaciones este medicamento obtuvo una reducción de casi el 30% en el precio de lista. También es el caso de la simvastatina, indicado para prevenir enfermedades coronarias, cuya máxima reducción fue del 81%:

(...) puede observarse el ahorro posible para el tratamiento de una dolencia crónica, en este caso (...) hipertensión e hipercolesterolemia, para lo cual utiliza enalapril, furosemida y simvastatina. El ahorro mensual por elegir la alternativa más barata permitiría reducir el costo del tratamiento de \$2.200 a poco menos de \$650 [datos de precios a junio de 2005]. Es decir, elegir la alternativa más barata permite cubrir tres años y medio más de tratamiento (González García et al., 2005: 248).

A pesar de la estimación positiva por parte del gobierno nacional de los resultados de esta medida, el funcionamiento de esta política se vio restringido por la propia ley que la impulsaba. La redacción ambigua de unos de sus artículos posibilitó una libre interpretación por parte de otros actores institucionales –cámaras farmacéuticas y médicos–, quienes siguieron indicando los medicamentos por su nombre comercial, construyendo así el no funcionamiento de esta política orientada a la reducción de precios en el mercado consumidor.

En efecto, la ley n° 25.649, que apuntaba a impulsar la producción y consumo de genéricos y similares, y reducir, por ende, el costo de los medicamentos en la canasta familiar de la salud, indicaba en el primer párrafo de su artículo segundo que (Santos, 2018): “(...) Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico (...).

Sin embargo, en su segundo párrafo puntualizaba que: (...) la receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio”.

Esta puntualización permitió que en el corto plazo se desvirtuaran los objetivos perseguidos y diera lugar a que la ley no se cumpliera.

Según Marcelo Peretta, secretario General del Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFyB), en una nota aparecida en el diario Tiempo Argentino en el año 2014, la prescripción de medicamentos por su nombre genérico:

“(...) funcionó bien hasta 2005 y en los años sucesivos se licuó a un ritmo acelerado. El negocio de los genéricos alcanzó el 40% del mercado

a principios de 2006 pero los últimos datos de 2013 de la cámara de los genéricos lo sitúan en el mejor de los casos entre el 9 y el 10%” (Tiempo Argentino, 9/3/2014).

Por su parte, el presidente de la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos, Nicolás Santander, fue más enfático aún y afirmó que:

“(…) es exactamente como dicen, la ley no se cumple. Las recetas salen con nombres comerciales y en el mejor de los casos con sugerencias de marcas (...). La farmacia se ve obligada a expender los medicamentos que indica la receta porque las obras sociales así lo aceptan” (Tiempo Argentino, 9/3/2014).

Otros actores relevantes en la construcción del no funcionamiento de la mencionada ley de prescripción por nombre genérico lo constituyeron las cámaras que nuclean a los productores industriales farmacéuticos privados. Así, por ejemplo, en una entrevista realizada por el diario La Nación, el entonces presidente de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), Rosendo Luis Baliardo, manifestó que:

“La ley de genéricos obliga a la prescripción de este tipo de medicamentos, pero el paciente sabe, cuando compra por marca, que hay una garantía y una trayectoria de la empresa. No hubo cambios sustanciales para nuestro sector, a pesar de que tenemos nuestros reparos” (La Nación, 4/7/2004).

Para CILFA, la calidad está dada por la marca y aunque el genérico es prescriptible, no necesariamente posee características asimilables al de marca y por ello la intercambiabilidad entre un medicamento de marca y otro genérico no debe ser automática (La Nación, 4/7/2004).

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

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

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

Un elemento relevante en el diseño e implementación de este programa de provisión lo constituyó el mecanismo de adquisición de los medicamentos por parte del Estado Nacional a través de compras centralizadas de fármacos y el armado de distintos tipos de botiquines. Según información aportada por el propio programa, los botiquines son cajas estandarizadas, de tamaño único, que contienen entre 240 y 400 tratamientos, y que se distribuyen directamente en los Centros de Atención Primaria. El contenido de cada botiquín, es decir la combinación de medicamentos que el mismo incluye, determina la existencia de distintos modelos, como los modelos Pediátrico, el de la Tercera edad y el Universitario, cuyo contenido se ajusta a las enfermedades y necesidades específicas del sector de la población al que están destinados (REMEDIAR+REDES, 2015: 61).

El impacto del programa fue considerado positivo por parte de las autoridades de aplicación en por lo menos cuatro sentidos:

- El Plan Remediar generó una desconcentración de la demanda en los centros de mayor complejidad, al desplazar la atención del primer nivel de los hospitales a los centros de atención primaria. Según datos suministrados por González García et al. (2005: 260), 15 millones de personas recibieron en los CAPS en el año 2005 medicamentos gratuitos que cubrieron el 80% de las consultas realizadas;
- El mecanismo de compras centralizadas que utilizó el Estado Nacional facilitó la adquisición de los medicamentos a un costo significativamente menor que lo que se hubiese gastado a través del mercado minorista. Los datos muestran que el costo de uno de los modelos de botiquines a precio minorista hubiese implicado un costo de 982 pesos, mientras que el costo de adquisición y distribución a través del sistema de compras centralizadas fue de 182 pesos, implicando un ahorro del 81,5% (González García et al., 2005: 260). No obstante ello, el sistema de compras centralizadas continuaba implicando importantes erogaciones sobre el presupuesto nacional;
- El programa estuvo prioritariamente dirigido a un sector poblacional en particular constituido por familias pobres y/o sin cobertura formal de salud. En este sentido, durante los primeros años de implementación del Plan Remediar el 94% de los beneficiarios del programa fueron personas ubicadas bajo la línea de pobreza y un 71% bajo el de indigencia. A su vez, el 84% de los beneficiarios de Remediar no contaban con ningún tipo de cobertura formal en medicamentos (González García et al., 2005: 260); y
- En cuanto a su impacto redistributivo, el Plan Remediar implicó que el valor de los medicamentos entregados a las familias, establecido a partir del precio de venta en farmacias, significó en promedio una transferencia equivalente al 24% del ingreso per cápita familiar de los beneficiarios. En el caso de aquellas familias que se encontraban por debajo de la línea de pobreza, el aporte realizado por el programa llegó a representar un 15% del ingreso y un 41% en el caso de los beneficiarios bajo la línea de indigencia (González García et al., 2005: 261).

Como se puede apreciar, el sentido general de las medidas implementadas por parte del Ministerio de Salud de la Nación Argentina en el período aquí considerado se orientó en la práctica en dos direcciones mutuamente complementarias: por un lado, hacia la provisión pública de medicamentos, que estuvo dirigida a la atención primaria de los sectores poblacionales con altísima vulnerabilidad social, económica y sanitaria. Por otro lado, estas medidas se dirigieron hacia la intervención en el mercado de medicamentos, a través de la introducción de la competencia por precios. Esta orientación de la política pública incidió sobre un sector de la población que, cultural y económicamente, utilizaba las farmacias como principal forma de acceso a los medicamentos. Por su parte, la reducción de los precios de venta impactaba también en forma diferencial a las personas afectadas por patologías crónicas de tratamientos prolongados.

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

A su vez, el ingreso de los diversos grupos consumidores de fármacos para el tratamiento de sus patologías también marcó un nivel de funcionamiento aceptable para las autoridades competentes.

Por su lado, las cámaras industriales farmacéuticas y los agentes del sistema de salud, como Obras Sociales y Empresas Privadas de Servicios de Salud, no se manifestaron explícitamente en contra de estas medidas. Sin embargo, en la referida a la prescripción por nombre genérico, aprovecharon uno de sus artículos para continuar prescribiendo en forma “libre”, vale decir, incorporando la marca comercial.

Fue precisamente este segundo artículo de la ley n° 25.649, el que permitió una solución aceptable para la industria privada y los médicos vinculados a ella al problema significado en términos de “competencia por precio” o “de dudosa calidad del fármaco”.

Ahora bien, en el marco conjunto de estas medidas implementadas por las autoridades de salud, la producción pública de medicamentos estuvo débilmente representada en el contenido general de las políticas del Ministerio entre los años 2002 y 2008.

Para las autoridades del Ministerio de Salud, la producción pública de medicamentos podía constituir una respuesta al desabastecimiento de medicamentos en los hospitales públicos como consecuencia de la crisis económica y sanitaria que impactó de forma crítica sobre la Argentina en los años 2001 y 2002.

Sin embargo, los establecimientos públicos existentes producían presionados por las necesidades coyunturales y, según el Ministerio de Salud de la Nación, evidenciaban los siguientes problemas:

“(…) la elaboración de más de 40 remedios en los mismos equipos, en cantidades siempre insuficientes; la escasa o nula especialización; los costos insatisfactorios; la estabilidad y durabilidad por plazos muy cortos, y niveles de calidad que no alcanzaban los exigidos” (González García et al., 2005: 212).

Frente a esta evaluación de los laboratorios públicos, el Ministerio de Salud de la Nación delineó una guía de orientación para la actualización y adecuación de sus plantas, que incluía asistencia técnica del Ministerio a los laboratorios según los lineamientos de la ANMAT, capacitar recursos técnicos y profesionales en materia de Buenas Prácticas de Manufactura (BMP) recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, estimular y fomentar la cooperación coordinada de los laboratorios para el intercambio de productos, información y experiencias, orientar la especialización de los laboratorios a un número escaso de drogas y a un único tipo para lograr especializaciones que permitieran economías de escala y obtener volúmenes de producción que posibilitaran bajar costos.

La producción pública era significada también en virtud de su capacidad potencial para la investigación y desarrollo de medicamentos no contemplados por la industria privada. Así, por ejemplo, Ginés González García argumentaba que:

(…) desde hace muchos años no se ha avanzado nada en los estudios para la prevención y tratamiento del paludismo, porque prácticamente no hay investigación en ese campo. Además, cuando estas enfermedades logran algún desarrollo exitoso, la droga muchas veces no se produce porque no hay quien pueda pagarla (...), y por eso es objeto prioritario de investigación por parte de los laboratorios estatales de la Argentina. No se vende porque no hay quien la pague. Son enfermedades de pobres, y en tanto sólo sean amenaza para ellos, por muy numerosos que sean, no son redituables y no justifican su producción en el mercado (González García et al. 2005: 277).

Estas recomendaciones y orientaciones, si bien no se llegaron a articular en un marco normativo general que permitiera reglamentar la actividad de investigación y producción desde el ámbito público, facilitaron el desarrollo de algunos laboratorios¹². La producción públi-

¹² Por ejemplo, en el período comprendido entre los años 2002 y 2008, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica de la Argentina (ANMAT) habilitó la producción farmacéutica de nueve laboratorios estatales argentinos.

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

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

Estas ideas comenzaron a ser sostenidas en el año 2003 por diversas iniciativas, entre las que se destacan especialmente los encuentros por la producción pública de medicamentos realizados conjuntamente entre la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de La Plata y la Unidad de Producción de Medicamentos de la misma facultad. Con participación de médicos e investigadores del CONICET, en los años 2003 y 2004 se realizaron dos encuentros (que se repitieron luego en los años 2005 y 2006) en los que se debatió acerca de la situación sectorial de la producción pública de medicamentos en la Argentina y los mecanismos más adecuados para que este sector productivo pudiera convertirse en la principal fuente de medicamentos para el Estado.

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

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

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

En el año 2005 se constituyó un nuevo actor conformado por un colectivo de organizaciones autodenominado “Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas”, con la finalidad de promover la producción pública de medicamentos y vacunas como área estratégica estatal en los ámbitos de Salud y Ciencia y Tecnología.

La Multisectorial estuvo conformada en sus inicios por 67 organizaciones y agrupaciones del ámbito académico, científico, social, gremial y profesional. A través de la utilización sostenida de diversos medios electrónicos comenzó a divulgar y articular actividades de promoción de la producción pública de medicamentos en ámbitos científicos, tecnológicos y políticos. La Multisectorial solicitó en los años 2006 y 2007 audiencias con distintas autoridades de gobierno nacional con dispar respuesta.

A partir de los encuentros por la producción pública y la intensa actividad de difusión de la Multisectorial se creó en el año 2007 la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP), que constituyó el primer acercamiento concreto por parte del gobierno nacional a la producción pública de medicamentos y un importante antecedente de las políticas que implementará el Ministerio de Salud a partir del año 2007.

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

Según su Acta de Constitución, la RELAP se planteó como objetivos explícitos: (a) Reunirse con otras organizaciones sociales tanto locales, regionales como nacionales e internacionales, además de oficinas gubernamentales, con el propósito de generar acciones de cooperación técnica y de formación de recursos humanos, acciones de difusión, adquisición en conjunto de insumos o equipamiento, intercambio (y/o venta) de productos y servicios, gestión conjunta de financiamiento, cumplimiento de normas de calidad (BPM), así como toda acción que se considerase relevante para propósitos fundacionales de la RED; (b) Organización de eventos, actividades y proyectos que abarquen áreas de trabajo de la RED, la investigación y el desarrollo de proyectos específicos, y (c) Realizar talleres, cursos y encuentros de capacitación en el área formal y no formal sobre temas relacionados a la problemática de los medicamentos y de la salud poblacional (Salud Colectiva, 2007).

La firma de este Acta y la organización de la RELAP constituyeron un punto de inflexión en la instalación de una opinión favorable de la producción pública de medicamentos por parte del gobierno nacional. Lo que estaba implícito en esta política de coordinación entre instituciones técnicas, científicas, productivas y autoridades de gobierno era el objetivo estratégico de estimular y mejorar la producción pública de medicamentos, propiciando la investigación y el desarrollo de nuevos productos, y optimizando los costos de producción de los laboratorios a través de la realización de compras conjuntas de insumos y principios activos, la centralización de los controles de calidad a la recepción de los insumos y la búsqueda de especialización por productos para estimular las escalas de producción (García Oviedo, 2007).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los grupos de interés que promovieron el funcionamiento de la red, su alcance se vio rápidamente limitado por la alta heterogeneidad de los laboratorios que formaban parte de la Red, y por la heterogeneidad jurisdiccional, dado que no todas las municipalidades y provincias ubicaban la producción pública de medicamentos como un tema relevante en su agenda.

4. Alianzas socio-técnicas en las políticas de medicamentos (2002- 2008)

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

diana de la prescripción y recomendación profesional reinterpretaron las reglamentaciones normativas.

Por su parte, el Plan Remediar tampoco contó con una clausura definitiva en torno a su funcionamiento. La Multisectorial por la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas, conjuntamente con otros grupos de opinión, consideraban que, si bien el Plan Remediar solucionaba en el corto plazo los problemas referidos al acceso de población a medicamentos, el mencionado programa implicaba fuertes erogaciones para su financiamiento por parte del Estado nacional. Manifestaban que estos montos presupuestarios podrían ser reorientados a la puesta en funcionamiento productivo y normativo de la producción pública, y de esta manera abastecer al Estado nacional.

Tomando en consideración este conjunto de elementos normativos y tecno-productivos y el complejo interjuego de relaciones comerciales, productivas y políticas que fueron identificados y analizados hasta aquí, pueden identificarse dos alianzas socio-técnicas durante este período (2002-2008). Una, que se vuelve dominante en el período referido, construida en torno a la política pública de provisión de medicamentos, y otra, que se mantuvo en forma marginal a la primera -y débilmente articulada a ella- constituida en torno a la producción pública de medicamentos (ver más adelante Gráfico 2).

El punto de partida determinante para la construcción de la alianza socio-técnica que predominó en este período fue la declaración de la emergencia sanitaria en el año 2002 por parte del Estado nacional.

Esta alianza socio-técnica de la provisión pública se encuentra construida a partir de dos ejes articuladores: la prescripción de medicamentos por su nombre genérico y el Plan Remediar. A través de la prescripción de los fármacos por su nombre genérico el Ministerio de Salud buscó intervenir en el mercado de precios, bajándolos. Dos grupos de actores (consumidores) se vieron favorecidos directamente. Por un lado, quienes adquirirían los medicamentos en farmacias y, por otro lado, quienes padecían dolencias crónicas que requieren tratamiento farmacológico de mediano y largo plazo.

La ley n° 25.649 fue un elemento relevante en la construcción de esta alianza socio-técnica, aunque también constituyó su principal debilidad, dado que dejaba entrever en su artículo segundo la posibilidad de incorporar a la receta y/o prescripción el nombre comercial del medicamento.

Esta situación fue aprovechada por obras sociales y empresas de servicios médicos prepagos para seguir manteniendo la prescripción de los medicamentos por sus nombres comerciales. De la misma forma, muchos profesionales médicos y farmacéuticos continuaron la práctica de la indicación del medicamento por su nombre comercial. Los incentivos que los laboratorios otorgaban a los profesionales que recomendaban sus productos fueron elementos que contribuyeron a debilitar esta parte de la alianza socio-técnica, otorgándole una preeminencia relativa a los productores y droguerías privadas.

El otro eje articulador de la alianza socio-técnica dominante de la provisión pública fue la implementación del Plan Remediar, que proveía de medicamentos a los centros de atención primaria de la salud. El Plan Remediar integraba a la alianza a otro tipo de actores (consumidores) caracterizados en términos de pobres, como así también a población sin cobertura formal de salud y grupos focalizados, como por ejemplo la población carcelaria.

El mecanismo de compras centralizadas para la adquisición de medicamentos utilizado por el Ministerio de Salud permitió reducir los precios de compra, a la vez que incorporaba la industria privada a la alianza socio-técnica de manera directa. Esta situación fortaleció la posición dominante del sector privado en la provisión pública de medicamentos.

En este sentido, tanto la formulación contradictoria de la ley de prescripción por nombre genérico, como el sistema de adquisición de medicamentos por parte del Estado nacional constituyeron los principales puntos débiles de la alianza socio-técnica. No sólo obligaban al Estado a recurrir al crédito externo y al presupuesto nacional para la compra de medicamentos, sino que también dejaban al Estado nacional en una situación de vulnerabilidad en términos de garantizar el acceso de la población a medicamentos ante una potencial falta de oferentes privados para proveer los botiquines de Remediar.

En otros términos, estos puntos débiles de la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos contribuyeron a la construcción del no funcionamiento de la política de medicamentos desde el punto de vista del desarrollo soberano y estratégico en el área pública de salud.

La segunda alianza socio-técnica se encontraba conformada en torno a la producción pública de medicamentos. Sin embargo, esta coalición de elementos heterogéneos estuvo débilmente integrada a la alianza predominante y no se constituyó como parte de una política pública por parte del Ministerio de Salud.

El principal elemento de esta alianza fue la conformación de la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP).

Esta red estuvo integrada por una serie de laboratorios públicos, por dos organismos públicos (el INTI y la SECyT) y por diversas universidades nacionales. En su conjunto, esta conformación heterogénea le imprimió a la red legitimidad institucional y contribuyó al fortalecimiento interno de la alianza.

Si bien la RELAP sostenía que la producción pública podía constituirse como una alternativa adecuada en términos productivos y estratégicos para el sistema de provisión de medicamentos por parte del Estado nacional, las disposiciones de la ANMAT, como por ejemplo la n° 2309, que especificaba las buenas prácticas de manufactura para la industria farmacéutica, restringían significativamente la posibilidad de que los laboratorios públicos pudieran constituirse como proveedores del Plan Remediar.

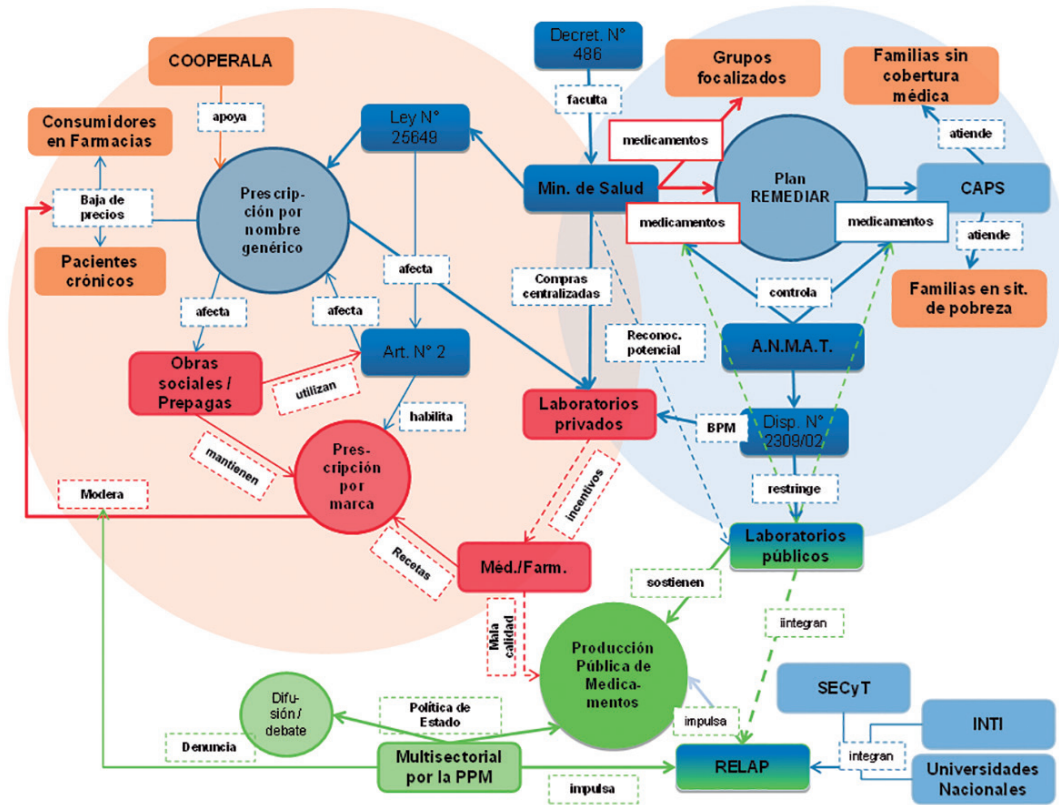
Esta alianza fue sostenida por un conjunto de organizaciones sociales, académicas y gremiales, quienes articularon diversas formas de difusión y debate para instalar la producción pública de medicamentos como solución adecuada a los problemas significados en términos de disponibilidad y accesibilidad de medicamentos.

Las superficies elípticas coloreadas en el gráfico 2 representan el peso relativo que tuvo lo público (color celeste) y lo privado (color rojo) en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos. La mayor preponderancia del color rojo por sobre el celeste señala precisamente la debilidad estructural que tuvo la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos como parte de la estrategia estatal frente a la crisis sanitaria que afectó al país.

Cabe destacar, en definitiva, que la producción pública de medicamentos no aparece referenciada en las decisiones del Estado nacional para garantizar el acceso de la población de menores recursos económicos a bienes y servicios de salud, con especial énfasis en medicamentos.

Para los laboratorios públicos, la RELAP podía constituir una solución para acceder en forma articulada a la provisión de medicamentos a través de su participación como proveedores prioritarios del programa de provisión de medicamentos impulsado por el Ministerio de Salud.

Gráfico 2:
Alianzas socio-técnicas durante la primera fase de la trayectoria de la producción pública de medicamentos en la Argentina (2002-2008):



Fuente: Elaboración propia

5. Conclusiones

Durante el periodo 2002-2008 pueden identificarse dos alianzas socio-técnicas: una dominante, construida en torno a las medidas implementadas por el gobierno nacional; y otra, marginal a la primera, sostenida por un conjunto de instituciones de ciencia y tecnología, diversos grupos de opinión y laboratorios públicos (ver Gráfico 2).

La alianza dominante se encuentra construida en torno a dos ejes centrales: la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, a través de la ley n° 25.649, y las compras centralizadas y posterior reparto de medicamentos a través del Plan Remediar.

Con estas medidas, el gobierno nacional buscó intervenir el mercado de medicamentos bajando sus precios, consolidar la industria privada farmacéutica de capitales nacionales y lograr el acceso de amplios sectores sociales a medicamentos. Esta alianza socio-técnica puede caracterizarse entonces en términos de provisión pública de medicamentos.

La segunda alianza socio-técnica se encuentra conformada en torno a la producción pública de medicamentos y sus ejes centrales articuladores fueron la Red Nacional de Laboratorios Públicos (RELAP) y las acciones llevadas adelante para instalar la problemática de la producción pública como solución adecuada a los problemas significados en términos de disponibilidad y accesibilidad de medicamentos.

Las superficies elípticas coloreadas representan el peso relativo que tuvo lo público (color celeste) y lo privado (color rojo) en la alianza socio-técnica de la provisión pública de medi-

camientos. La mayor preponderancia del color rojo por sobre el celeste señala precisamente la debilidad estructural que tuvo la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos como parte de la estrategia del gobierno nacional. La prescripción por denominación comercial de medicamentos, habilitada a través del artículo 2 de la ley 25.649, explica el significativo peso relativo que tuvo la industria privada (local y extranjera) durante esta fase.

De lo expresado hasta aquí se puede concluir que:

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

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

En este sentido el gobierno argentino priorizó medidas que tuvieron como objetivos abaratar los precios de los medicamentos y garantizar su acceso por parte de la población en general. Las medidas implementadas adquieren funcionamiento en el marco de una alianza socio-técnica que se constituye dominante a lo largo de todo el período y que tuvo como eje la provisión pública de medicamentos a sectores amplios de la población.

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

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

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

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

Estas medidas articulan los ejes centrales de la alianza socio-técnica de la provisión pública de medicamentos y, a través de ellas, involucran a las empresas farmacéuticas privadas como actores centrales que constituyen el funcionamiento de las políticas públicas implementadas por el gobierno nacional.

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

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

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

Sin embargo, la inexistencia de una normativa nacional que promoviera estas iniciativas constituyó la principal debilidad de la alianza.

Cabe señalar que existió a partir del año 2002 una clausura en torno al problema de la falta de acceso de la población a los medicamentos, principalmente por la pérdida de la capacidad de compra de la población, por la falta de disponibilidad de los mismos, y por la pérdida de trabajo y sus instancias de seguridad social.

Tanto el Estado nacional como los distintos actores de la producción pública coincidían en esta significación del problema, pero las estrategias de solución fueron diferentes.

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

Por un lado, una alianza constituida sobre la base de la provisión pública, que involucró al Ministerio de Salud como su principal actor relevante, y en la que la industria privada de medicamentos tuvo un rol preponderante. Por otro lado, una alianza socio-técnica articulada en torno a la producción pública e impulsada por diversas organizaciones académicas, sociales, científicas y gremiales. Para este conjunto de actores, la producción pública no sólo implicaba una solución en términos de accesibilidad de la población, sino que también implicaba estrategias de disponibilidad de medicamentos, vale decir, atendía el problema de la falta de medicamentos no cubiertos por la industria privada.

REFERENCIAS

- Apella, I. (2006). “Acceso a medicamentos y producción pública: el caso argentino”, en: Nuevos Documentos Cedees, n° 26, Buenos Aires: CEDES, ps. 28.
- Bijker, W., (1995), Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs. Toward a Theory of Sociotechnical Change, Cambridge: The MIT Press.
- Bramuglia, C., Abrutzy, R y Godio, C. (2012). “La producción pública de medicamentos en la Argentina. Interrogantes y oportunidades”, en: Realidad Económica, n° 266, Buenos Aires, pp. 8-26.
- Di Salvo, M. T. y Román, V. (2009). “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, en: Anuario CEEED, N° 1, Año 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, pp. 134-180.
- González García, G., De la Puente, C. y Tarragona, S. (2005). Medicamentos: salud, política y economía. Buenos Aires: ISALUD.
- Isturiz, M (2011). “La producción estatal de medicamentos en Argentina”, en: Voces en el Fénix, n° 17.
- Jorrat, J. et al. (2003). “Utilización y gasto en servicios de salud y medicamentos”, en: El futuro del acceso a los medicamentos en la Argentina, Buenos Aires: CONAPRIS.
- Katz, I. (2003). La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Maceira, D. (2004). “Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso argentino”, en: Documentos del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Disponible en: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-RiskPooling-Argentina-Final-2004.pdf> (12/04/2024).
- Maceira, D. et al. (2010). “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”, Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/FINAL_ACADEMICO_ECM__MACEIRA_2009final1.pdf (19/06/2024).

- Martich, E. (2014). "Producción pública de medicamentos en Argentina", en: OIAPSS, Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde, Brasília.
- Pinch, T. y Bijker, W. (2008). "La construcción social de hechos y artefactos: o acerca de cómo la sociología de la ciencia y la tecnología pueden beneficiarse mutuamente", en Thomas, H. et al. (coord.). Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Porcel, G. (2001). "Modelo neoliberal, medicamentos y política". Mimeo. Buenos Aires.
- Roman, V. y di Salvo, M.T. (2010), "La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis", en SaberEs. Revista de Ciencias Económicas y Estadística, n°2. Disponible en: <http://www.saberes.fcecon.unr.edu.ar> (21/06/2024)
- Santos, G. y Becerra, L. (2016). "La producción pública de medicamentos como parte de una estrategia de política de salud integrada. Reflexiones y recomendaciones para el desarrollo inclusivo en salud", en Thomas, H. y Santos, G. (coords.). Tecnologías para incluir. Ocho análisis socio-técnicos orientados al diseño estratégico de artefactos y normativas. Buenos Aires: Lenguaje Claro editora.
- Santos, G. (2018). Tecnologías para la solución de problemas sociales. Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina. Aprendizajes, dinámicas problema-solución y alianzas socio-técnicas. UNLu. Tesis de doctorado.
- Salud Colectiva (2007): "Acta de constitución de la Red de Laboratorios Públicos de Medicamentos para producción, investigación, desarrollo y servicios", Buenos Aires (3), pp. 331-333, septiembre-diciembre 2007.
- Svampa, M. (2005). La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del Neoliberalismo. Buenos Aires: Ediciones Taurus.
- Thomas, H. et al. (coord.) (2008). Actos, actores y artefactos. Sociología de la tecnología, Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Thomas, H. y Santos, G. (2016). Tecnologías para incluir. Ocho análisis socio-técnicos orientados al diseño estratégico de artefactos y normativas. Buenos Aires: Lenguaje Claro Editora.
- Tobar, F. (2002). "Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y Alternativas", en: Boletín Fármacos, 5 (4).
- Tobar, F. (2004). "Políticas para promoción del acceso a medicamentos: el caso del Programa Remediar en Argentina", en: Banco Interamericano de Desarrollo-Departamento

de Desarrollo Sostenible, Nota Técnica, Washington D.C. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=354470> (25/6/2024).

Notas periodísticas:

Diario La Nación, 4 de julio de 2004:

“Puede competir con los genéricos”. Disponible: <http://www.lanacion.com.ar/615578-puede-competir-con-los-genericos> (15/4/2024).

Diario Tiempo Argentino, 9 de marzo de 2014:

“Connivencia de industria, médicos y obras sociales frena el despegue de genéricos”. Disponible : <http://www.infonews.com/nota/128317/connivencia-de-industria-medicos-y-obras> (15/4/2024).

García Oviedo, L. (2007),

“Por primera vez en el país. Crean una red de 21 laboratorios públicos”, en diario La Nación, 18 de septiembre de 2007. Disponible : <http://www.lanacion.com.ar/945003-crean-una-red-de-21-laboratorios-publicos> (15/4/2024).

Documentos:

REMIEDIAR+REDES (2015):

“Botiquín de medicamentos esenciales. Manual de operatoria”, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.