

Políticas Tecnológica e Industrial en Contexto Semiperiférico: la Producción Pública de Medicamentos en Argentina (2007-2015).

Zubeldia Brenner Lautaro y Diego Hurtado de Mendoza.

Cita:

Zubeldia Brenner Lautaro y Diego Hurtado de Mendoza (2019). *Políticas Tecnológica e Industrial en Contexto Semiperiférico: la Producción Pública de Medicamentos en Argentina (2007-2015)*. e-ISSN: 2362-2105 - *Perspectivas de Políticas Públicas*,.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/lautaro.zubeldia.brenner/25>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptoZ/yKh>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Política tecnológica e industrial en contexto semiperiférico: la producción pública de medicamentos en Argentina (2007-2015)

*Technology and Industrial Policies in Semi-peripheral environments:
Public Production of Medicines in Argentina (2007-2015)*

Lautaro Zubeldía

Doctor en Ciencias Biológicas.
Becario posdoctoral de CONICET
Centro de Estudios de Historia de la
Ciencia y la Técnica, Escuela
de Humanidades - UNSAM
lzubeldia@unsam.edu.ar

Diego Hurtado

Doctor en Ciencias Físicas
Director del Centro de Estudios de
Historia de la Ciencia y la Técnica,
Escuela de Humanidades - UNSAM
dhurtado@unsam.edu.ar

Resumen

Nos enfocamos en los procesos de toma de decisiones vinculados al impulso de las políticas de producción pública de medicamentos (PPM) en Argentina, durante el período 2002-2015, como caso paradigmático de país semiperiférico que se propone construir capacidades estatales en un sector estratégico de la economía y del desarrollo social. Con este objetivo analizamos: (i) las iniciativas públicas para definir objetivos y construir capacidades de coordinación y organización del sector; (ii) las presiones políticas y económicas del sector privado y sus consecuencias; y (iii) la yuxtaposición de diferentes sentidos socioeconómicos asignados a las políticas de PPM. Concluimos que, como sector emergente, la PPM alcanzó dimensión de política pública y que, a pesar de obstáculos y contradicciones, al final del período estudiado logró un nivel de organización inédito. También inferimos que la trayectoria del sector de PPM ejemplifica un rasgo definitorio de los países semiperiféricos como aquellos que se

Fecha de recepción:

18.9.18

Fecha de aceptación:

14.11.18

proponen alterar los roles asignados por la división internacional del trabajo al presionar sobre la “zona de contacto” de algunos sectores de retornos crecientes reservados a las grandes firmas.

Palabras clave: Producción pública de medicamentos - política tecnológica - semiperiferia - Argentina

Abstract

We focus on the decision-making processes oriented to the promotion of public production of drugs (PPD) policies in Argentina, during 2002-2015, as a paradigmatic case of a semi-peripheral country that aims to build public capacities in a strategic sector of the economy and social development. With this goal we analyze: (i) public initiatives to define aims and build capacities for coordination and organization of the sector; (ii) the political and economic pressures from private sector and their consequences; and (iii) the juxtaposition of different socioeconomic meanings assigned to PPD policies. We conclude that the PPD, as an emerging sector, reached the dimension of a public policy and that it achieved, despite obstacles and contradictions, an unprecedented level of organization at the end of the analyzed period. We also infer that the trajectory of the PPD sector exemplifies a defining feature of semi-peripheral countries such as those that intend to alter the roles assigned by the international division of labor by pressing on the “contact zone” of some sectors coveted by big firms.

Key words: Public production of drugs - technology policy - semi-periphery - Argentina

Introducción

La fragilidad y discontinuidad de las políticas industriales y tecnológicas y la inestabilidad institucional forman parte de las debilidades estructurales que enfrentan los países semiperiféricos para impulsar procesos de desarrollo.¹ Las dinámicas de investigación y

desarrollo (I+D), escalamiento tecnológico y producción en sectores estratégicos, así como su coordinación con otros sectores de la economía deben enfrentar numerosos obstáculos propios de los países semiperiféricos: la baja inversión en investigación y desarrollo (I+D) local del sector privado; la presencia dominante de empresas transnacionales en los sectores de retornos crecientes, que aplican estrategias maximizadoras desconectadas de los ecosistemas económicos locales; la financierización especulativa creciente desde la década de 1980; y la desventaja geopolítica para negociar “reglas de juego”, como las crecientes exigencias de la Organización Mundial de Comercio (OMC) a las medidas de política industrial y a la protección de la propiedad intelectual (Akyüz, 2005; Correa, 2005; Nguyen, 2010). Todos estos factores están presentes en la trayectoria de producción pública de medicamentos iniciada en Argentina en 2002.

En Argentina, luego de un cuarto de siglo de políticas neoliberales específicas de la semiperiferia, que derivaron en la crisis terminal de 2001 y dejaron un Estado devastado, las políticas de producción pública de medicamentos (PPM) durante el período 2002-2015 representan un caso paradigmático de proceso de construcción de capacidades estatales para impulsar políticas industriales y tecnológicas –I+D, procesos de aprendizaje y escalamiento tecnológico, logística y prospectiva, transformación de las regulaciones, entre otros– en un sector estratégico. Como parte de las políticas impulsadas por un gobierno que se propuso abandonar, a contracorriente de la tendencia global, el paradigma neoliberal dominante para iniciar un nuevo ciclo de industrialización inclusiva, la trayectoria de la PPM presenta las debilidades y contradicciones propias de un país semiperiférico que se propone modificar, en un sector de economía, el lugar asignado en la división internacional del trabajo.

Con estos objetivos, nos centramos en: (i) las iniciativas públicas para definir objetivos y construir capacidades de coordinación y organización del sector; (ii) las presiones políticas y económicas del sector privado de producción y/o comercialización de medicamentos y sus consecuencias; y (iii) la yuxtaposición de diferentes sentidos socioeconómicos asignados a las políticas de PPM, desde la PPM concebida para la provisión de medicamentos básicos esenciales en contexto de emergencia sanitaria y/o para la generación de capacidades públicas enfocadas en atenuar la arbitrariedad de los márgenes de ganancia del sector privado –es decir, la PPM como reguladora de los precios de mercado–, hasta la PPM como política orientada al impulso de producción complementaria, que no compita por márgenes de rentabilidad con el sector privado –al concentrarse en medicamentos esenciales y/o huérfanos–,² o bien como recurso para impulsar una industria nacional de medicamentos con capacidades de I+D para la producción de principios activos en el país, con el consecuente ahorro de divisas en el corto plazo y la proyección al mediano plazo como actor “empresarial” con capacidad de competir y de negociar colaboraciones estratégicas con el sector privado nacional.

Finalmente, con el retorno de un ciclo de neoliberalismo con rasgos propios de la semi-periferia, a fines de 2015 se inició un proceso de desmantelamiento y desfinanciamiento de las políticas de PPM con el objetivo de “devolver” el mercado de los medicamentos a los sectores concentrados nacionales y extranjeros. A modo de epílogo, contrastamos este proceso incipiente con los avances y debilidades de las políticas del período 2003–2015.

Antecedentes: los medicamentos como negocio

Durante la década de 1990, las gestiones de gobierno de Carlos Menem (1989–1999) y Fernando de la Rúa (1999–2001) promovieron una variante de neoliberalismo con especificidades propias de la semiperiferia. El rasgo distintivo de este *neoliberalismo semiperiférico* fue la subordinación geopolítica y geoeconómica al neoliberalismo de las economías centrales a través de la desregulación —entendida como franca “des-institucionalización”— de los sectores económicamente estratégicos a partir de esquemas de libre mercado,³ en paralelo a la privatización de empresas públicas y la promoción de la inversión extranjera directa (IED) que, en el caso de Argentina, pasó a ser uno de los recursos necesarios, junto con el endeudamiento externo, para sostener el régimen de cambio fijo conocido como “convertibilidad”.⁴ Entre las consecuencias de esta variante de neoliberalismo dependiente debe mencionarse el desmantelamiento de las políticas tecnológicas e industriales y el impacto devastador sobre las actividades públicas de I+D, en paralelo a una creciente extranjerización de la economía (Azpiazu y Schorr 2010: cap. 3; Gaggero 2016).

Coherente con este contexto, Argentina se convirtió en un ejemplo extremo de desregulación y mercantilización de la industria farmacéutica. La política desregulatoria que equiparó a los medicamentos con bienes de consumo se basó en la liberación de precios, la reducción de barreras de ingreso y control de calidad, y la armonización del marco jurídico y regulatorio local con las normas impuestas por los organismos de gobernanza global a las periferias (Tobar, 2004).⁵ Entre los sectores considerados líderes a escala global, el farmacéutico y de software estuvieron en el foco de la batería de acuerdos que se impulsaron en el marco de la Organización Mundial de Comercio (OMC) con el propósito consolidar posiciones oligopólicas restringiendo, por ejemplo, las condiciones de acceso al conocimiento.⁶

Para darle encuadre institucional a estas metas, se creó en 1992 la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) como ente descentralizado para regular el registro de especialidades medicinales y los ensayos clínicos y, tres años más tarde, el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI). Ahora bien, a contramano de los objetivos declarados por el gobierno, la liberalización provocó que los precios de los medicamentos crecieran muy por encima de la inflación,⁷ mientras aumentaba la concentración y extranjerización en el sector y se disipaban capacidades de I+D y transferencia, tanto en el sector público como en el privado (Campins y Pfeiffer, 2017: 120–121). Sin embargo, mientras que en 1990 existían cuatro laboratorios de PPM que producían 32

especialidades medicinales, a lo largo de esta década se crearon otros siete laboratorios que, en conjunto, llegaron a producir 42 productos adicionales.⁸ ¿Esto supone que se favoreció la PPM? Todo lo contrario, estos laboratorios surgieron como iniciativas desconectadas entre sí, como consecuencia de la atomización del sector y de la reacción defensiva de distintos sectores del Estado –municipal, provincial, universitario– frente a la falta de iniciativas que contemplaran las necesidades mínimas. La heterogeneidad que surgió de este contexto habría de transformarse, como veremos, en un obstáculo cuando se intentara avanzar sobre la coordinación e institucionalización del sector.⁹

Un análisis de la producción de vacunas en América Latina, publicado a fines de la década de 1990 por miembros de la Organización Panamericana de la Salud, sostenía que “los laboratorios públicos productores de vacunas de la Región no estaban capacitados para competir en este nuevo contexto y corrían el riesgo de ser desplazados del mercado por completo” y llamaba la atención sobre la “oligopolización del mercado” de las vacunas. Si bien, por un lado, el diagnóstico hecho por esta publicación reconoció la gravedad del panorama, por otro lado, las recomendaciones para la “gestión administrativa, tecnológica y económica” no parecen dimensionar la acelerada erosión de las capacidades institucionales y económicas (Homma et al., 1998: 223, 225, 228-229).¹⁰

Luego del colapso terminal de 2001, el gobierno de transición de Eduardo Duhalde (2002-2003) se propuso “un cambio de modelo económico” que se centraría en los sectores productivos como eje de la recuperación, en lugar de las finanzas, el endeudamiento y las empresas privatizadas (Zícari, 2017: 37). A comienzos de 2002, en un escenario de más de 20% de desempleo, alrededor del 60% de la población por debajo de la línea de pobreza y una caída del PBI superior ese año al 10%, se sancionó la “Ley de emergencia pública y reforma del régimen cambiario” que pone fin al régimen de cambio fijo (Ley 25.561, 6 de enero 2002). La devaluación de la moneda generó profundas transformaciones en la estructura de precios relativos que afectaron a todas las actividades económicas. La facturación de la industria farmacéutica cayó un 40% en dólares (Amdan, 2010). Durante el primer trimestre de 2002 se observó un aumento promedio de 170% en el precio cotizado de 250 medicamentos (Uribe y Schwab, 2002: 4).

En marzo de 2002, se declaró por decreto la emergencia sanitaria y en agosto se promulgó una nueva ley de “promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico”.¹¹ El objetivo del programa era introducir la competencia por precio en un mercado donde predomina la marca de los grandes laboratorios y los precios eran fijados de manera arbitraria. Finalmente, en octubre de ese mismo año, en un contexto de desabastecimiento de medicamentos y cierre de clínicas y hospitales, desde el Ministerio de Salud, a cargo de Ginés González García, se puso en marcha el Programa Remediar, que se financió inicialmente con un préstamo del BID de 140 millones de dólares para cuatro años y 90 millones del Tesoro. Este programa se orientó a la construcción de una

economía de escala en la compra de medicamentos básicos esenciales y a su distribución gratuita en hospitales y centros de atención primaria de salud.¹² Su objetivo era alcanzar a alrededor de 15 millones de personas que habían quedado bajo la línea de pobreza, en estado de desamparo y sin cobertura social (CLSyDDHH, 2005; Isturiz, 2010: 112).¹³ En este contexto, si bien el sector de PPM empieza a estar en el foco del interés político, la realidad de los laboratorios públicos supone condiciones de producción limitadas a la presión de las necesidades de corto plazo, que explican situaciones como

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).

Fijadas las elecciones para abril de 2003, el libro *Plan de Gobierno* de Néstor Kirchner se enfocaba en la ampliación y consolidación de “la política de medicamentos genéricos” y se podía leer: “Se trabajará en la integración de la actividad de todos los laboratorios que se dedican a la producción pública de medicamentos básicos esenciales”. Con este fin, se iban a desarrollar “normas que faciliten la habilitación de los laboratorios estatales, apoyándolos en la producción y elaboración de medicamentos, asistiéndolos en los logros de conseguir los estándares de calidad y en la coordinación de su distribución” (Kirchner, 2003: 9-10).

Los medicamentos como bien social

Durante la gestión de gobierno de Néstor Kirchner (2003-2007) se consolidó la decisión de abandonar el paradigma neoliberal para recuperar un proyecto de país industrial con inclusión. Este gobierno continuó con el Programa Remediar y, con enormes dificultades que ponían en evidencia el grado de destrucción de las capacidades públicas heredado, se pusieron en marcha iniciativas de mejora de la infraestructura, de coordinación interinstitucional y de iniciativas de I+D para la producción de los medicamentos de mayor demanda a través de laboratorios públicos. A la ley de medicamentos genéricos se sumaron las interminables discusiones alrededor de la legislación sobre patentes que había entrado en vigencia en 2000 y que enfrentaba a laboratorios nacionales y extranjeros.¹⁴ “Las controversias respecto de cómo implementar los estándares mínimos establecidos por el ADPIC en el campo de los productos farmacéuticos fueron tan intensas y agotadoras que los debates legislativos parecieron centrarse únicamente en el aspecto de la patentabilidad de dichos productos farmacéuticos”, comenta Zuccherino (2015: 431). A fines de 2003, el Congreso introdujo una modificación a la ley entonces vigente.¹⁵ “Fue un lobby tremendo. Recibimos muchos ataques por parte de la industria extranjera y local”, explicaba años más tarde González García en una entrevista (Carrillo, 2011).¹⁶

A partir de 2004, el gobierno comenzó a impulsar algunas metas ambiciosas que, a medida que se fueron desplegando, comenzaron a encontrar obstáculos y resistencias. A fines de ese año, el Ministerio de Salud creó el Grupo Estratégico para la Producción Pública de Medicamentos y Vacunas (PPMV), integrado por funcionarios del ministerio, autoridades de la ANMAT y representantes de la PPMV, e investigadores y tecnólogos del área. El objetivo era elaborar una política nacional sobre medicamentos y vacunas. Sin embargo, este grupo realizó tres reuniones durante 2005 y luego se desactivó (Grupo de Gestión, 2007a). Ahora bien, estos primeros movimientos alertaron al sector de laboratorios de capitales nacionales, históricamente dominantes en el mercado local. Nucleados en la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y en la Cámara Industrial Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA),¹⁷ los laboratorios nacionales interpretaron que el apoyo del gobierno a la PPM podía perjudicar la rentabilidad del sector privado local y comenzaron a reclamar mayor financiamiento para inversión en modernización de las plantas de producción (Maceira, 2010: 66). Por ejemplo, en marzo de 2004, un consorcio que agrupaba “al menos 15 laboratorios” privados –la mayoría integrantes de COOPERALA– comenzó a negociar apoyo público para un proyecto que proponía la creación, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), de un Polo Farmacéutico Metropolitano en un predio de 21 hectáreas (*Clarín*, 2006). Dentro del predio se reservaba un espacio para la producción estatal.

En ese momento había 37 laboratorios públicos que producían medicamentos genéricos distribuidos en 14 provincias, con dependencia nacional, provincial, municipal o universitaria.¹⁸ La mayoría se enfocaba en cubrir la demanda de necesidades básicas en salud y algunos laboratorios –especialmente los universitarios– también se dedicaban a I+D. Si bien se estimaba una reducción de más del 60% en el costo unitario promedio respecto de los precios de mercado, también se observaba la falta de coordinación, una importante capacidad ociosa y la necesidad perentoria de implementar economías de escala para reducir los costos. Según los directores de algunos laboratorios, la producción podría incrementarse en 1300% (Apella, 2006).

A fines de marzo de 2005 se anunció el lanzamiento de “la producción nacional de vacunas” a través de subsidios por 9 millones de pesos –alrededor de 3 millones de dólares– orientado a la producción y control de calidad de vacunas. La Secretaría de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (SECyT) y el Ministerio de Salud distribuirían estos fondos entre cuatro instituciones públicas: el Instituto Biológico Dr. Tomás Perón de La Plata, el Laboratorio de Hemoderivados de la Universidad Nacional de Córdoba, el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas Dr. Julio Maiztegui (INEVH) de Pergamino y la ANMAT. Mientras que el Laboratorio de Hemoderivados se proponía escalar su producción a 400 mil unidades internacionales de factor VIII, además de la optimización y transferencia de métodos de detección y genoma viral, trasladables a los bancos de sangre y centros de colecta, por su parte, el INEVH, que ya había desarrollado

la primera etapa de la vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina y producido dos lotes de vacunas para ensayos clínicos humanos, esperaba financiar con el nuevo crédito el estudio clínico en voluntarios sanos (*La Nación*, 2005).

Para el gobierno, los acuerdos con países de la región debían potenciar las políticas de PPM. En agosto de 2005, el Ministerio de Salud avanzó en la firma de un convenio con Cuba que acordaba la transferencia de tecnología para desarrollar una vacuna Cuádruple –sobre la base de una vacuna Triple que se produciría en el país–, una vacuna para Hepatitis B y también para formular una vacuna Quíntuple, con una inversión entre 12 y 15 millones de dólares.¹⁹ También, a fines de aquel mes, en el marco del MERCOSUR, los ministros de Salud de Argentina y Brasil firmaron un protocolo de compromiso para la cooperación público-privada en el área de medicamentos estratégicos y para impulsar iniciativas de I+D. El foco estaba puesto en los antirretrovirales y los reactivos para el virus VIH, aunque la decisión era también elaborar vacunas virales y bacterianas, sueros terapéuticos, biofármacos y reactivos de diagnóstico para enfermedades como Chagas y leishmaniasis, descuidadas por la industria farmacéutica por su baja rentabilidad. Inicialmente, la producción apuntaba al consumo binacional con proyección de acceso al mercado regional. El protocolo suponía la firma de convenios entre la ANMAT y su equivalente brasileño, la Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), y entre el ANLÍIS-Malbrán y la Fundación Oswaldo Cruz, que lideraba el complejo público brasileño de I+D en salud. Para Argentina, la asociación con Brasil significaba un paso importante en la escala potencial de comercialización (*Clarín*, 2005).

Más complicado fue el caso del Instituto Biológico de La Plata, al que la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ANPCyT) de la SECyT le otorgó un crédito, en marzo de 2005, por casi 2,3 millones de pesos, que se sumaban a 800 mil –en total, alrededor de 1,06 millones de dólares– que iba a aportar el Ministerio de Salud. En ese momento, el Instituto Biológico producía 1.600.000 dosis/año de la vacuna BCG para la provincia de Buenos Aires, mientras que el Ministerio de Salud importaba cerca de 4 millones de dosis/año. Sin embargo, con relativa baja inversión para la adecuación de las instalaciones era posible escalar la capacidad instalada a 4.500.000 dosis/año. Así, se esperaba que el subsidio hiciera posible producir las vacunas BCG y Doble necesarias para cubrir la demanda nacional (*La Nación*, 2005; Grupo de Gestión, 2006c). Ahora bien, a pesar de los reclamos persistentes que se sucedieron en los años siguientes –tanto de las autoridades de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNLP, como de dirigentes de la CICOP (asociación sindical de los profesionales de la salud de la Provincia de Buenos Aires) e investigadores referentes del sector de PPM, entre los más visibles–, el gobierno de la provincia nunca autorizó la ejecución del crédito y la vacuna BCG debió continuar importándose (Grupo de Gestión, 2009).

A mediados de septiembre de 2006, un grupo de diez laboratorios de PPM y el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) presentaron al programa FONTAR de la ANPCyT

una idea-proyecto para impulsar el desarrollo de capacidades para la síntesis de principios activos de alta calidad y bajo costo para la PPMV titulado “Red de Laboratorios Estatales de Medicamentos y su articulación con el sector científico-tecnológico”. La iniciativa, elaborada con asesoramiento de la SECyT, se centraba en el pedido de un crédito para la creación de la red y era apoyada por la llamada Mesa Multisectorial, integrada por 63 organizaciones. A fines de aquel año, 139 organizaciones respaldaban la propuesta de la Mesa Multisectorial. El FONTAR desestimó el proyecto porque, sostuvo, las instituciones que lo impulsaban no representaban una “concentración territorial de empresas” (Grupo de Gestión, 2006a; b). A cambio, el FONTAR aprobó la idea-proyecto para la creación del Polo Farmacéutico Metropolitano. Este proyecto era impulsado por un consorcio de once laboratorios privados, que concentraban el 8,4% del mercado farmacéutico, diez de los cuales integraban COOPERALA (*Clarín*, 2006).²⁰ Algunas empresas importantes que figuraban en el proyecto original de marzo de 2004 –Bagó, Andrómaco, Biotenk, Sidus y Rontag– ahora estaban ausentes (Castro, 2004). La decisión del FONTAR de relegar un consorcio público y otorgar los fondos a uno privado generó tensiones y debates sobre qué debía financiar el Estado.

Sobre el final del gobierno de Néstor Kirchner, a comienzos de septiembre de 2007, en la Facultad de Medicina de la UBA se firmó el Acta de Constitución de la “Red de Laboratorios Públicos de Medicamentos para Producción, Investigación, Desarrollo y Servicios” (RELAP), integrada inicialmente por 21 laboratorios de PPM –algunos de producción, otros de control de calidad, otros de I+D– con el apoyo de la Cátedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la UBA y la coordinación del Programa Especial de Salud de la SECyT. Influenciada por el programa Far-Manguinhos, dependiente del Ministerio de Salud de Brasil, que a comienzos del nuevo siglo había comenzado a producir antirretrovirales contra el VIH, la creación de la RELAP fue el resultado de tres años de trabajo; había sido motivada por la percepción de la dispersión de esfuerzos y se propuso avanzar en la centralización de las compras, la coordinación de la producción a nivel nacional para evitar superposiciones y la promoción de I+D a través de convenios con universidades e instituciones públicas. Algunos de sus miembros aclararon que, si bien la función de la RELAP no era competir con el sector privado, sí podía actuar como “formador de precios testigo”. Una medida importante fue la incorporación de esta organización al Ministerio de Salud, al principio con fines estadísticos y para provisión del Programa Remediar. También el INTI firmó el acta/acuerdo fundacional de la RELAP para dar soporte tecnológico a los laboratorios de PPM en más de 30 rubros (García Oviedo, 2007; Videla, 2007; Isturiz, 2011: 114). Los 48 medicamentos que compraba en ese momento el Programa Remediar, que cubrían el 90% de las patologías y alcanzaban a 16 millones de personas, eran productos con patente vencida. Si esta producción se pudiera canalizar a través de la PPM, el Estado podría ahorrar el 75% en las compras al sector privado (Lipovich, 2007).

En octubre, en la Legislatura de CABA los mismos actores que concretaron la RELAP lograron el apoyo de legisladores de la oposición al gobierno local, a cargo de Mauricio

Macri —representante de los grupos empresarios y financieros concentrados que se consolidaron durante la última dictadura (1976-1983)—, para introducir un proyecto de ley, que había sido presentado sin éxito en años anteriores, centrado en la creación de un Laboratorio Estatal de Producción de Medicamentos. El gobierno de CABA, que solo contaba con 22 legisladores sobre 60, por un lado presionó para que el proyecto no llegara a votarse y, por otro, para que se restringiera a los medicamentos huérfanos, “priorizando los intereses de los laboratorios comerciales”, según Ana María Suppa, legisladora de la oposición que impulsaba el proyecto. Por el contrario, el proyecto original también apuntaba a la producción de “fármacos esenciales” (*Página/12*, 2007). En noviembre, fue sancionada por la Legislatura la ley que aprobaba la creación de este laboratorio (Ley 2566, del 29 de noviembre 2007). Sin embargo, como veremos, Macri terminó vetando esta ley.

A modo de síntesis, durante este período inicial, las políticas de PPM se caracterizaron por: (i) iniciativas para vincular la PPM con el Programa Remediar; (ii) en el marco de políticas más amplias de salud, búsqueda de acuerdos de transferencia de tecnología, producción conjunta o comercialización con otros países de la región; (iii) esfuerzos de los propios actores y del gobierno para avanzar en iniciativas de coordinación y sumar a la PPM componentes de política industrial; (iv) como consecuencia del punto anterior, tensiones con los laboratorios nacionales y algunos intentos débiles de encontrar objetivos que promuevan la colaboración público-privada.

Metas de largo plazo y los problemas de coordinación

La gestión presidencial de Cristina Fernández (2007-2015) produjo durante sus primeros años un salto cualitativo en las políticas de PPM. Por un lado, se inicia un proceso de inversión sostenida en infraestructura, equipamiento y actividades de I+D; por otro lado, se avanzó en las capacidades de planificación y coordinación con metas de largo plazo. Al frente del Ministerio de Salud asumió Graciela Ocaña, que explicaba que “tenemos ahora la oportunidad de profundizar todo lo que se hizo bien, de corregir algunos aspectos y fundamentalmente de hacer lo que no se hizo”. Una preocupación era que “las empresas cambiaron su estrategia comercial” y, a partir de 2005, se había producido un aumento de precios “que produce problemas en la accesibilidad”. Ocaña reconocía que muchos laboratorios públicos “están trabajando por debajo de su capacidad de producción”. Mientras que el Plan Remediar era para el corto y el mediano plazo, esta gestión se proponía “instrumentar una política de medicamentos a largo plazo”. Finalmente, la reciente creación del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCyT) a fines de 2007, suponía que la PPM quedaba bajo una “doble competencia” (citada en Wainfeld y Navarro, 2007).

Ahora bien, en paralelo con estos objetivos, a fines de diciembre el Jefe de Gobierno de la CABA, Mauricio Macri, vetó la ley 2566 de creación del Laboratorio Estatal de

Producción de Medicamentos de la ciudad (decreto 2135 del 7 de diciembre 2007). La ley vetada tomaba como punto de partida los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, que producían medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis, además de psicofármacos, antihipertensivos, un antiácido y un medicamento para el control de la diabetes y que funcionaba en el sur de CABA, en un predio del Hospital Neuropsiquiátrico Moyano, en condiciones insuficientes para que fuera habilitado por la ANMAT (Videla, 2007). El decreto de Macri sostenía que “el desarrollo del laboratorio en cuestión no resulta viable” por razones presupuestarias. La ex legisladora Beatriz Baltroc explicó que el gobierno de CABA tenía “un arreglo con los laboratorios privados”. El legislador Martín Hourest sostuvo que el veto ocultaba “la decisión política de Macri de no salir a confrontar con la industria de los medicamentos, en fármacos básicos, imprescindibles para la población, que llegan con sobreprecios de entre el 30 y el 1500 por ciento”. Se esperaba un veto parcial, dado que los legisladores macristas aceptaban que el laboratorio se limitara a medicamentos huérfanos, que no le interesaban a la industria privada. Por esta razón hubo cierta sorpresa frente al veto total (Lipovich, 2008).

Como contrapunto, Ocaña firmó a comienzos de abril de 2008 una resolución que creaba el “Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos”, que consideraba las dificultades de acceso a los medicamentos como un problema estructural y se proponía “relevar las necesidades de medicamentos a nivel nacional, manteniendo un registro de los laboratorios productores”, mejorar la “coordinación entre los múltiples actores involucrados” y “establecer las líneas productivas de mayor impacto estratégico” (Resolución 286 del Ministerio de Salud de la Nación, del 9 de abril 2008). Por esos días la ANMAT autorizó el tránsito interprovincial de medicamentos huérfanos e inmunobiológicos y se rediseñó la logística de distribución de medicamentos. Argentina importaba alrededor de 35 millones de dólares anuales y el 60% de ese valor se concentraba en las vacunas Cuádruple (difteria, tétanos, tos convulsa, meningitis) y la de Hepatitis A, ambas del Calendario Nacional de Vacunación (Grupo de Gestión, 2008).

En julio, el Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF) de Santa Fe, el Laboratorio Médico de Formosa (LAFORMED), el Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) de Rosario y Laboratorios Puntanos de San Luis comenzaron a proveer medicamentos al Ministerio de Salud para su distribución en escala nacional. A mediados de octubre, el gobierno de la provincia de Santa Fe entregó al Programa Remediar 10,5 millones de comprimidos de cefalexina antibiótico de 500 mg producido por el LIF, que se transformó en el primer laboratorio público en proveer al Estado nacional en el marco del Programa Nacional de PPMV (*El Litoral*, 2009; Cámara de Diputados, 2010: 20).²¹

Mientras en el Senado estaban paralizados los proyectos de ley de trazabilidad y eliminación de venta libre de medicamentos con media sanción de Diputados, a punto de perder estado parlamentario, Jorge Rachid, presidente de Laboratorios Puntanos entre

2003 y 2007 y una extensa trayectoria en el sector de salud, salió al cruce denunciando “acciones lobbystas” del sector privado. Sostuvo que en Argentina había recursos humanos, tecnología y equipamiento “para producir al menos en una primera etapa la totalidad de la demanda hospitalaria de la atención médica primaria, que constituye el 80% del medicamento requerido”. Afirmó asimismo que “todo el sistema corrupto que rodea a los medicamentos” se podía neutralizar si los laboratorios públicos fueran, además de proveedores, “empresas testigo de precios [...] y el elemento que rompa la dependencia de estos sectores inescrupulosos”. También señaló la baja inversión en I+D del sector privado nacional y extranjero, menor al 2% de la facturación total (Rachid, 2009).

En julio de 2009, luego de afrontar una epidemia de dengue, de impulsar sin éxito un proyecto de ley para crear un “Instituto Nacional de Medicina Tropical” y de enfrentar a sectores de la Confederación General del Trabajo por supuesto tráfico de efedrina, Ocaña presentó la renuncia y asumió Juan Manzur como ministro de Salud.²² Un mes antes, la ministra de Defensa, Nilda Garré, había firmado un acuerdo con el Ministerio de Salud para la creación de un laboratorio de PPM.²³ En febrero de 2010, el Ministerio de Defensa –ahora con Arturo Puricelli en reemplazo de Garré– y el MINCyT otorgaron un subsidio de 10.651.000 pesos –2,7 millones de dólares– para que el laboratorio de PPM del Ministerio de Defensa aumentara 25 veces su capacidad productiva. En abril, también se otorgó al Instituto Biológico de La Plata un subsidio de 2.540.000 pesos –650 mil dólares– para que modernizara su planta y aumentara su capacidad productiva. También la ANPCyT otorgó un subsidio de 400 mil dólares a la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA para construir un laboratorio de PPM destinado a abastecer a cinco hospitales de la UBA (Grupo de Gestión, 2010; 2012a).

En agosto de 2010, la circulación de dos proyectos de ley para dar un marco legal específico y comprehensivo a la PPM motivó una audiencia pública organizada por un grupo de diputados y representantes de la RELAP y de laboratorios del Estado. El objetivo, según el diputado Eduardo Macaluse –del interbloque de centro-izquierda Proyecto Sur–, era avanzar sobre “el uso racional de medicamentos” en un país que “carece de regulaciones”, donde prevalece “la alta concentración, la tendencia al oligopolio, la fuerte preeminencia de la extranjerización sobre la producción nacional y las enormes tasas de rentabilidad”. Se planteaba también la necesidad de regular los gastos en publicidad, que representaban el 13% de los costos, y de poner un límite a la creciente influencia de las patentes, donde las experiencias de Sudáfrica, la India y, especialmente, de Brasil en la batalla por los medicamentos para tratar el HIV podían tomarse como referencias. Los objetivos eran la coordinación, la mayor institucionalidad y la federalización de la PPM, así como la calidad de los medicamentos (Cámara de Diputados, 2010: 1–4).

En su intervención, Ricardo Peidro, secretario General de la Asociación Agentes de Propaganda Médica del Sindicato de Visitadores Médicos, explicó que el 31% de los

medicamentos era de venta libre y este porcentaje se encontraba en crecimiento: “Lo que pretende la industria farmacéutica es que esos medicamentos que se están vendiendo pasen directamente –como un producto cualquiera de consumo masivo– del fabricante al consumidor”. Y agregaba que los proyectos para regular esto “han fracasado históricamente” (Cámara de Diputados, 2010: 9). Varios oradores criticaron al ex ministro Ginés González y al ministro Manzur. El bioquímico Martín Isturiz, investigador superior del CONICET e impulsor y coordinador del Grupo de Gestión de Políticas en Ciencia y Tecnología (GGPCyT) –un espacio de debate integrado por más de treinta referentes del sector de CyT y especialistas del sistema sanitario nacional, que venía trabajando a favor de la PPM desde 2002 con creciente influencia–, tuvo un papel protagónico en esta audiencia. Allí sostuvo: “Lo que nosotros no entendemos es cómo durante una misma gestión de gobierno [...] hay dos actitudes completamente opuestas”. Isturiz hizo un balance positivo de la gestión de Ocaña, mientras que con la llegada de Manzur, señaló, se había paralizado la PPM y se había quitado el programa de la página web del Ministerio de Salud. Para Isturiz era una falacia que la PPM “solo tiene que producir lo que no es negocio”. Uno de sus objetivos tenía que enfocarse en I+D, dado que en “la Argentina no se elabora ninguna molécula de síntesis”, y que, además el sector público debía “realizar análisis de bioequivalencia y de biodisponibilidad”. También ponía como ejemplo a Laboratorios Puntanos, que actuaba como “efector periférico de la ANMAT en farmacovigilancia y producción de medicamentos”. Finalmente, Isturiz señalaba que la PPM debía definir precios testigos (Cámara de Diputados, 2010: 12-13).

También intervino en la discusión Rachid, quien suscribió lo dicho por Isturiz y también apuntó contra el ministro Manzur. Rachid denunció una transferencia de ganancias a los laboratorios extranjeros que operan en Argentina, “porque todos ellos le venden a su propia droguería”. Señaló que los precios de estas ventas eran “irrisorios, inexistentes” y explicó las razones: “Porque el medicamento paga el IVA solamente en su primera venta. Entonces, a partir de ahí se genera un déficit fiscal para el Estado que es una estafa absoluta, descomunal”. Rachid sostuvo que el Estado debía comprar, “por lo menos en el sector público hospitalario, directamente a los laboratorios, sin intermediar la droguería”. Sin embargo, “como [el sector] está cartelizado seguimos comprando por licitación pública”. Y preguntó “¿es más transparente comprar por licitación o poner a los laboratorios públicos productores de medicamentos como empresas testigo en todo el país para fijar los precios hospitalarios?” (Cámara de Diputados, 2010: 17-18).

Rachid cuestionó el desempeño de la ANMAT, que ponía obstáculos a la PPM, pero que en paralelo, respaldándose en el marco jurídico,²⁴ incurría en contradicciones flagrantes, como permitir la comercialización de medicamentos importados que habían sido aprobados en países del primer mundo y que, más tarde, al ser reprobados en estos países, continuaban aprobados y en circulación en Argentina, “razón por la cual empezamos a vender basura a nuestros compatriotas, es decir, medicamentos que están

prohibidos en otros lugares del mundo”. Y mencionaba, entre otros ejemplos, el Tamifú, el Advantia y el Atorvastatín (Cámara de Diputados, 2010: 17-18). Con referencia a este punto, Gonzalo Moyano, de la Cátedra de Salud y DDHH de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, señaló en su intervención que en Argentina, para comercializar un medicamento, alcanza con que se haya autorizado su comercialización en la Comunidad Económica Europea o en Estados Unidos, pero lo que no existe en Argentina “es un mecanismo para desactivar la aprobación si ese medicamento pasa a ser prohibido en el primer mundo” (Cámara de Diputados, 2010: 43).

Consolidación de la PPM en campo minado

En 2011, cuando Cristina Fernández fue reelecta presidenta con el 54% de los votos, el mercado interno de medicamentos rondaba los 4400 millones de dólares anuales. Argentina era el cuarto país en el mundo en consumo de medicamentos por habitante, con un promedio de u\$s 186 anuales. El déficit comercial del sector farmacéutico se había incrementado un 160% en el período 2003-2010 y rondaba los u\$s 1300 millones. Las proyecciones indicaban que este desequilibrio podía alcanzar los 2800 millones en 2020. En 2010, se relevaron 465 empresas privadas que fabricaban productos farmacéuticos —químicos medicinales y botánicos—; el 17% eran empresas grandes (más de 100 empleados), el 60% PyMEs y el resto microempresas (menos de 5 empleados). Del total, el 95% eran de capital nacional, grupo que representaba el 73% de los puestos de trabajo registrados del sector, estimados en 37.000. La facturación de la producción local había sido en 2005 de alrededor de 1400 millones de dólares, en 2010 era de 2700 millones (Ministerio de Industria, 2011: 243; MINCyT, 2012: 5-7).

A mediados de marzo 2011 CILFA y COOPERALA presentaron a los legisladores un documento donde atacaban frontalmente al proyecto de ley de PPM a partir de un análisis de aspectos técnicos y económicos, pero ignorando la dimensión política y social: “Entendemos que habría que analizar la racionalidad de la propuesta en términos del destino de fondos públicos a la producción de un bien que es producido en cantidades suficientes por el sector privado” (CILFA y COOPERALA, 2011: 1). Sin embargo, el documento en ningún lugar aludía al alto grado de concentración del sector o a la tasa de rentabilidad, en algunos casos escandalosa. Por ejemplo, en la audiencia pública de 2010, Ricardo Peidro había explicado que, en el caso de “Lotrial, que es el Enalapril, la diferencia entre la compra y la salida es de 7.400 por ciento de recargo sobre la droga cuando sale al mercado; en el Rivotril, 16.000 por ciento; en el Omeprazol, que es el Ulcozol, la diferencia es del 36.000 por ciento” (Cámara de Diputados, 2010: 10). Como contrapunto, los laboratorios trasnacionales representados por CAEME no se sintieron amenazados por la ley de PPM, dado que consideraban que sus firmas abastecían una demanda complementaria (Maceira, 2010: 66).

En mayo, se presentó el *Plan Estratégico Industrial 2020* del Ministerio de Industria. Las metas para el final de la década eran triplicar la producción del sector de medicamentos, generar 40 mil puestos de trabajo adicionales y revertir el creciente déficit comercial. Para esto había que “avanzar en la sustitución de importaciones y lograr un salto exportador”. En la descripción de la “cadena de valor de medicamentos”, el documento explicaba: “Esta cadena se caracteriza por la fuerte preponderancia del Estado en su doble rol de consumidor relevante y de regulador”. Es decir, nada se dice del Estado en su rol de productor. La única alusión importante a la PPM sostiene: “Los laboratorios estatales tienen una reducida presencia en el mercado, situación que se proyecta revertir a partir de la Ley de Producción Pública de medicamentos, vacunas y productos médicos”. En todo el diagnóstico cuantitativo la PPM no aparece mencionada, aunque se puede considerar parcialmente implícita en el énfasis que pone el documento en las actividades públicas de I+D (Ministerio de Industria, 2011: 237, 243, 247).

Por esos mismos días se realizó el tercer foro sectorial del *Plan Estratégico Industrial 2020*. Allí explicaba Giorgi que la importación de principios activos había crecido en un 60% en el período 2003-2010 y el consumo de medicamentos 229%: “El Estado construyó un mercado interno como el de los medicamentos de 4400 millones de dólares, por lo que ese Estado va a exigir producción en territorio”. Giorgi volvía sobre el punto de la “producción en territorio”, exigencia que figuraba en la ley original de patentes de 1995 (art. 42 de la Ley 24.481), pero que Argentina había tenido que resignar frente a reclamos ante la Organización Mundial del Comercio. Con esta finalidad, además de generar recursos para facilitar la inversión de las empresas nacionales, se iba a alentar el ingreso de “nuevos jugadores internacionales”. Giorgi puso como ejemplo la reciente inauguración de la planta de la empresa Glenmark, de capitales indios, que había demandado una inversión de 31 millones de dólares para producir medicamentos oncológicos genéricos que se exportarían a más de treinta países. Por su parte la ministra de Industria sostuvo que era necesario que la cadena farmacéutica aumentara la incorporación de valor a nivel local y que, para lograrlo, se requería “el compromiso del sector público y aumentar la inversión privada” (*Clarín*, 2011; *Infobae*, 2011; Lewkowicz, 2011).

Si bien se puede inferir que el Ministerio de Industria le asignaba un lugar reducido a la PPM, en paralelo se sancionaba en el Congreso –con 180 votos positivos y 3 abstenciones en la Cámara de Diputados y por unanimidad en la Cámara de Senadores– la ley que declaraba “de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos entendiendo a los mismos como bienes sociales” (Ley 26.688 del 29 de junio 2011). Es decir, la ley explicitaba la idea de que el medicamento debe ser de acceso universal, complementando el derecho a la salud como parte de los derechos humanos, en oposición al paradigma mercantil impuesto durante la década de 1990. La norma se proponía impulsar un régimen de PPM que se fundamentaba en la definición de “líneas estratégicas de producción” y en “la investigación, desarrollo y producción de medicamentos huérfanos”, entre sus principales objetivos.

En este punto, puede parecer contradictoria la actitud del gobierno: por un lado, asignarle a la PPM un papel marginal en la política industrial –que se enfocaba en frenar el creciente déficit con políticas para el sector privado nacional y transnacional– y, por otro, financiar infraestructura y sancionar la ley para impulsar el sector de PPM. Además, si bien la nueva ley ponía énfasis en los medicamentos huérfanos, no acotaba la PPM de manera explícita a este segmento. En este sentido, no era posible inferir de esta ley si la PPM ocuparía un lugar complementario al sector privado o si jugaría como un actor adicional con peso propio en el mercado local e, incluso, si se proponía desarrollar capacidades para la exportación de medicamentos a países de la región. Para enfatizar la necesidad de la ley, desde la perspectiva que suponía un lugar primario para la PPM en pie de igualdad con el sector privado, el investigador Martín Isturiz, del CONICET, explicaba en una entrevista: “Sólo dos o tres de los 150 laboratorios de capital nacional hacen investigación, el resto se limita a importar los productos a granel y fraccionarlos” (Lipcovich, 2011).

En este escenario cargado de disputas y tensiones se sumaron los crecientes reclamos por el atraso en la reglamentación de la ley de PPM. Entidades como el Grupo de Gestión o el Consejo Federal Legislativo (COFELESA), que se había conformado en 2008 y reunía a legisladores enfocados en las problemáticas del área de salud, desde mediados de 2011 comenzaron a presionar al ministro Manzur para que comenzara a trabajar en ese sentido. En marzo de 2012, el Grupo de Gestión envió un informe sobre PPM a la presidenta Cristina Fernández con los argumentos que justificaban la necesidad de avanzar en la reglamentación. El informe describía ejemplos del apoyo recibido por el gobierno y algunos de los logros de los últimos años y, de manera implícita, presentaba una definición de la PPM como sector estratégico donde, entre otros, se le asignaba un rol disciplinador del sector privado. Las funciones de la PPM debían ser: la “producción de medicamentos a bajo costo y buena calidad”; “asistir a las demandas públicas”; asegurar la “soberanía en el área de medicamentos/salud”; avanzar en la síntesis orgánica o biológica de los principios activos frente a “la tendencia histórica a la escasa inversión” por parte del sector farmacéutico de capitales argentinos o por razones de escala; intervenir estratégicamente para reducir precios frente a situaciones de cuasi-monopolio o dumping (Grupo de Gestión, 2012b).

Como forma de poner en evidencia el silencio del Ministerio de Salud, durante 2012 algunos profesionales de la PPM y varios colectivos volvieron sobre el tema de la importación de las vacunas BCG y Doble. “Ya hace diez años que venimos planteando el tema vacunas [...]. Tiempo suficiente para que el ministro Manzur adopte lo que se promueve desde el mismo gobierno, la sustitución de importaciones, y deje de importar estas vacunas que se producen en el país”, sostenía el documento del Grupo de Gestión. La BCG ya se producía desde 40 años atrás en el Instituto Biológico de La Plata, pero se seguía importando, porque el Instituto no recibía los fondos para adecuar su laboratorio a las normativas de la ANMAT. Así, se daba el caso de que las vacunas del Instituto Biológico se podían aplicar en la provincia de Buenos Aires, pero las normas de la ANMAT impedían que pudieran utilizarse en otras provincias (Lipcovich, 2012).

En este punto, las supuestas contradicciones del gobierno pueden explicarse a partir del campo político de fuerzas. Había que evitar que la oposición a la ley por parte de las entidades empresarias CILFA y COOPERALA se sumara a las tensiones crecientes entre el gobierno y los grandes grupos agroexportadores –a partir del conflicto por “la 125”–,²⁵ alineados con sectores financieros –los “fondos buitres” incluidos– que se manifestaban a través de “fuertes maniobras especulativas en procura tanto de ganancias fáciles como de desestabilizar al gobierno” (Barrera y Bona 2917:161-176; Porta et al., 2017: 126) y de ataques a través de la prensa, inéditos por su virulencia, de estos mismos grupos económicos concentrados que dominaban los medios de comunicación. La supuesta indiferencia de la que se acusaba a Manzur y las señales ambivalentes del gobierno hacia la PPM pueden interpretarse como el intento del gobierno de maniobrar para que el sector de empresas farmacéuticas no se sumara al frente desestabilizador. Esta interpretación ayuda a comprender por qué, a pesar de las manifestaciones claras del gobierno de apoyo al sector de PPM, la reglamentación de la ley debería esperar hasta mediados de 2014.

En agosto de 2013, se conoció la noticia de que el Instituto Biológico había iniciado la producción de la vacuna BCG oncológica liofilizada.²⁶ La primera entrega había consistido en un lote de cien tratamientos, equivalente a 400 dosis. En ese momento además, el Departamento de Vacunas Bacterianas del Instituto producía 1.200.000 dosis anuales de vacuna doble adulto, 900.000 de vacuna BCG y 400.000 dosis de tuberculina PPD.Y entre 2012 y los primeros 6 meses de 2013, se produjeron 2.975.000 dosis (*El Día*, 2013). Por esos mismos días, el LIF de la provincia de Santa Fe anunció que había comenzado a distribuir en forma gratuita los primeros 200 mil comprimidos de sildenafil en centros de salud provincial. Este desarrollo había surgido ante la necesidad de contar con una presentación medicinal para atender la Hipertensión Pulmonar Pediátrica, en lo que el LIF venía trabajando junto con la Facultad de Bioquímica y Farmacia de la Universidad Nacional de Rosario (LIF, 2013).

A fines de junio de 2014, el día posterior al que el gobierno ordenara a los laboratorios retrotraer los precios de todos los medicamentos de venta bajo receta a los valores de principios de mayo, bajo la amenaza de multas importantes, diez diputados del Frente para la Victoria, el partido del gobierno, presentaron un proyecto de ley para crear la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), como organismo con autarquía y autonomía de acción. La diputada Carolina Gaillard, autora del proyecto, explicaba que “la producción de medicamentos no puede dejarse exclusivamente en manos de privados, cuyo fin es la rentabilidad”, aunque también explicaba que el proyecto “no va en desmedro de los laboratorios privados, especialmente de los pequeños y medianos, que generan puestos de trabajo”. Entre los objetivos centrales, mencionaba “darle un rol rector al Estado” para que sea capaz de centralizar las compras, fijar precios de referencias, mejorar la competitividad de la PPM en el mercado y avanzar sobre los estándares de calidad de los medicamentos, tanto los que se importaban como los que se producían en el país. “El lobby de la industria de los laboratorios, para que no se desarrolle el sistema público y poder seguir poniendo los precios que quieren, es muy fuerte”, explicó Gaillard (*La Capital*, 2014).

Finalmente, luego de tres largos años de debates y reclamos, en julio 2014 se sancionó el decreto reglamentario de la ley de PPM (decreto 1087 del 10 de julio 2014). El MINCyT, a través del programa Fondos Argentinos Sectoriales (FONARSEC), se sumó a esta incipiente reactivación con subsidios de poco más de 29 millones de pesos –alrededor de 3,9 millones de dólares– para el Instituto Biológico y de 23 millones –3,1 millones de dólares– para el LIF de Santa Fe (MINCyT, 2014a; 2014b). También en noviembre, la convocatoria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) para el ingreso de investigadores en 2015 fijó entre sus temas estratégicos “Biosimilares y producción pública de medicamentos. Producción de fármacos biosimilares. Aprovechamiento de técnicas de ADN recombinantes y procesos biotecnológicos”, definición que, en el largo plazo, proyectaba la PPM mas allá del rol regulador de precios o complementario del sector privado.

A fines de diciembre 2014 se pudo dar un paso organizativo crucial con la sanción de la ley que aprobaba la creación de la ANLAP como organismo descentralizado y autárquico bajo la órbita del Ministerio de Salud, para garantizar el cumplimiento y los objetivos de la ley de PPM (Ley 27.113, del 17 de diciembre 2014). En julio, como manera de consolidar estas iniciativas, un grupo de diputados presentó un proyecto de ley que proponía la creación de un Consejo Nacional de Regulación del Mercado de Medicamentos, que avanzaba sobre la limitación de posiciones dominantes y márgenes de ganancia.²⁷ Sin embargo, esta iniciativa no fue aprobada (Jorquera, 2014). Estos límites también se manifestaban en la provincia de Río Negro, donde las iniciativas del gobernador Alberto Weretilneck impactaban sobre la actividad del centro del laboratorio público PROZOME (Producción Zonal de Medicamentos), que abastecía a los hospitales de la provincia (Alemany, 2014). A fines de 2014, el déficit del sector alcanzaba los 1700 millones de dólares.

En febrero de 2015, fue una señal asusiciosa que Daniel Gollán, quien en 2007 había sido uno de los impulsores más visibles de la RELAP, asumiera como ministro de Salud en reemplazo de Manzur. En mayo, Cristina Fernández sancionó el decreto de reglamentación de la ley que había creado la ANLAP (decreto 795, del 15 de mayo 2015). A fines de agosto, Gollán participó de la reunión de UNASUR para impulsar un banco regional de precios de medicamentos. “Actualmente, predomina la lógica de la máxima rentabilidad posible [...]. No hay contrato social y los valores se fijan ‘de acuerdo a la cara del cliente’” (ISAGS, 2015).²⁸ A pesar de las elecciones que tendrían lugar en octubre, que ocupaban el centro de la escena política, Gollán realizó una gestión proactiva a favor de la PPM. Entre las novedades, con el apoyo de tres ministerios –Industria, Economía y Ciencia– impulsó la creación de BioSur, una empresa pública para desarrollo y producción de vacunas y anticuerpos monoclonales terapéuticos con fines de sustitución de importaciones y para dar salida más rápida al mercado nacional y regional. En esta iniciativa estaba implícita una definición ambiciosa de la PPM, que incluía la exportación regional (Rey, 2015). En noviembre de 2015, la Jefatura de Gabinete le asignó un presupuesto de 150 millones de pesos anuales a la ANLAP.

Hasta este punto llegó la política de PPM del ciclo de gobiernos “kirchneristas” (2003-2015). Luego de doce años de gestión perdió las elecciones en ballottage por un margen del 2% de los votos enfrentando una alianza apoyada por los oligopolios de los medios masivos de comunicación. En diciembre, se inició el gobierno de la Alianza Cambiemos. Desde sus primeras medidas, este nuevo ciclo de neoliberalismo semiperiférico comenzó un proceso de desindustrialización, financierización y extranjerización de la economía (Manzanelli et al., 2017). La PPM comenzó a padecer los drásticos recortes presupuestarios a los sectores de I+D en institutos públicos y universidades (cfr por ejemplo Kornblith 2017), dando inicio a un ciclo de desfinanciamiento y desmantelamiento de capacidades en el sector de la PPM vigente al momento del cierre de este artículo.

Balance y reflexiones

En este trabajo nos enfocamos en los procesos de toma de decisiones vinculados al impulso de la PPM, en su contexto sociopolítico y en los obstáculos que interfirieron esta trayectoria. En este sentido, la evolución del sector de PPM —que se inició en 2003 a partir de la decisión de recuperar un Estado con capacidades devastadas por un cuarto de siglo de políticas neoliberales específicas de la semiperiferia— se enmarca en un proceso de construcción incremental de capacidades políticas, institucionales y organizacionales. La intención política de transformar la correlación de fuerzas entre el Estado y un sector industrial de retornos crecientes —integrado por capitales concentrados nacionales y transnacionales—, que estaba, además, en el foco de interés de los organismos de gobernanza global, tuvo que enfrentar condicionamientos económicos estructurales que, en conjunto, superaron las capacidades públicas de disciplinamiento de conductas obstaculizadoras y, en ocasiones, predatorias del sector.

A partir de la redefinición de los medicamentos como bienes sociales, se observan varios sentidos yuxtapuestos respecto del papel asignado al sector de PPM en el ecosistema socioeconómico de los medicamentos. ¿Debería limitarse a complementar al sector privado —enfocándose, por ejemplo, en medicamentos huérfanos— y, cuando fuera necesario, asumir a lo sumo el rol de regular precios? ¿O debería producir principios activos que el sector farmacéutico nacional importaba e, incluso, transformarse en un actor empresarial adicional, competir en el mercado local y no descartar la posibilidad de exportar a países de la región?

Como nuevo sector emergente, la PPM fue tomando dimensión de política pública y, a pesar de las deficiencias de coordinación y de los obstáculos impuestos por los intereses económicos de actores privados, nacionales y extranjeros, favorecidos por un escenario global que promueve comportamientos rentísticos, en 2015 alcanzó un nivel de organización inédito. La conformación de una red de 39 laboratorios públicos coordinados por una agencia nacional —la ANLAP—, que fue apuntalada por leyes y decretos que avanzaron en la creación de un entorno jurídico afín, así como la paulatina neutraliza-

ción de la actitud refractaria de la ANMAT hicieron posible que se pasara de producir 90 millones de unidades a 620 millones en 2010 (Rey, 2014). De acuerdo al ministro Gollán, la PPM había crecido 600 veces en los últimos años (*Página/12*, 2015).

En síntesis, la evolución de la PPM muestra para el caso de Argentina las dificultades políticas, institucionales y organizacionales que enfrenta una política pública industrial y tecnológica de un país semiperiférico, esto es, un país capaz de generar capacidades locales para avanzar sobre sectores de retornos crecientes —aquellos que son codiciados por los capitales concentrados— y, por lo tanto, de estructura oligopólica. La trayectoria de la PPM ejemplifica una característica definitoria de los países semiperiféricos como aquellos que se proponen alterar los roles asignados por la división internacional del trabajo al ubicarse y presionar sobre la “zona de contacto” de aquellas actividades de retornos crecientes reservadas a los capitales concentrados con base en las economías centrales o a sus contrapartes locales con menores capacidades tecnológicas y con intereses híbridos no alineados con —en ocasiones contrapuestos a— las políticas públicas.

Es en este punto donde se pone en evidencia algo semejante a un “principio de acción y reacción”: en la medida en que el Estado semiperiférico gana impulso en el intento de superar sus propias deficiencias —especialmente la baja densidad y conectividad institucional— y de avanzar en el consenso político con aquellos actores necesarios para definir metas y acciones, surgen las presiones crecientes, formales e informales, de los sectores concentrados como reacción para obstaculizar los procesos de aprendizaje y escalamiento del Estado semiperiférico en capacidades de coordinación y gestión de la tecnología.

La amenaza que supuso esta trayectoria para los intereses corporativos se hizo evidente con la llegada a la presidencia de Mauricio Macri (2015–2019), episodio que marcó el inicio de un nuevo ciclo político de neoliberalismo semiperiférico. Entre las primeras medidas de esta gestión de gobierno se incluyó la clausura del Programa Remediar y el desfinanciamiento de la ANLAP, que puso a la PPM en franco proceso de desarticulación, en curso a mediados de 2018. Al momento de finalizar este artículo, la PPM ha dejado de ser percibida como una amenaza por las grandes empresas farmacéuticas y se avanza aceleradamente sobre la financierización del sector.

¹ Sobre semiperiferia ver: Arrighi y Drangel (1986); Martin (1990); Chase-Dunn (1998: 210-214); Babones (2005: 53); Clark (2010).

² Los medicamentos huérfanos son aquellos destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades raras o de baja incidencia. La industria farmacéutica no se interesa en ellos por la escasa perspectiva de recuperación de la inversión en investigación y desarrollo.

³ Hablamos de des-institucionalización para poner el énfasis en las consecuencias de una noción de “desregulación” concebida erróneamente como sinónimo de *laissez faire* o ausencia de control y, por lo tanto, de capacidades técnicas y burocráticas.

⁴ La ley N° 23.928, o “ley de Convertibilidad”, promulgada a fines de marzo de 1991, fue patrón estructurador de las políticas neoliberales en Argentina (Basualdo 2006: Cap. 6).

⁵ Como ejemplo significativo, se autorizó la venta sin receta en supermercados y comercios minoristas de los medicamentos clasificados como OTC (del inglés Over the Trade Control).

⁶ En mayo de 1995 se promulga la ley N° 24.481 de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad y, en septiembre, la ley N° 24.572 que la modifica. A través de estas leyes, Argentina adopta el “cambio de paradigma” implícito en el Acuerdo TRIPS (del inglés Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights), que provee los estándares mínimos de protección de patentes, marcas y derechos de autor. Una discusión exhaustiva sobre el profundo impacto de este acuerdo sobre los países en desarrollo y las controversias desencadenadas, especialmente sobre el sector farmacéutico, puede verse en Correa (2005).

⁷ Durante el período 1990 y 2001, el incremento en el precio medio de los medicamentos alcanzó el 309% contra una inflación total de bienes de alrededor del 203% (Tobar, 2004: 6-7).

⁸ Prozome (1992; hoy PROFARSE); Laboratorio de Especialidades Medicinales de Rosario (1992); Laboratorio de Especialidades Medicinales de Trenque Lauquen (1992); Laboratorios Puntanos (1997); Laboratorio de Especialidades del Ministerio de Salud Pública de Misiones (1997); Laboratorio Municipal de Río Cuarto (1997, cierra en 2007); ELMETEC (2000).

⁹ Maceira et al. (2010: 67-69), por ejemplo, analiza la interacción compleja de los laboratorios con los organismos de los que dependen (“poder central”), los demandantes y los proveedores de insumos.

¹⁰ Es una apelación puramente retórica reclamar a fines de los años noventa “que los gobiernos se comprometan a mejorar y fortalecer aquellos aspectos políticos y financieros que garanticen la participación de los laboratorios nacionales en el suministro sostenible de vacunas a los programas de vacunación, así como en la investigación, desarrollo y producción de vacunas nuevas” (Homma et al., 1998: 223).

¹¹ Ley 25.649 del 28 de agosto de 2002, que promueve que toda receta o prescripción médica debía expresar “el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional”. Ver Di Salvo y Román (2009: 144-145).

¹² Sobre los ahorros que produjo el sistema de compras centralizado, la población beneficiaria y el impacto redistributivo, ver González García et al. (2005: 260-261).

¹³ Apella (2006: 8) estima en 52% y 50% el porcentaje de hogares del primer y segundo quintil que no hace efectiva la demanda potencial de medicamentos a fines de 2002 y en 34% el porcentaje del total de los hogares. Ver, también, Uribe y Schwab (2002: 16-17).

¹⁴ Con la sanción de la Ley 24.425, la normativa del Acuerdo GATT/ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio) quedó incorporada a la legislación argentina. Este paso condujo a la sanción de la ley de patentes de invención y modelos de utilidad (Ley 24.481 de mayo de 1995 modificada por la Ley 24.572 de septiembre de 1995). El Decreto 260/96 del Poder Ejecutivo consolidó el texto de las leyes y aprobó la reglamentación correspondiente. Su Anexo I contiene el texto ordenado de la Ley 24.481, modificada por Ley 24.572. Su Anexo II constituye la reglamentación propiamente dicha de las leyes mencionadas. A través de estas leyes, Argentina adopta el “cambio de paradigma” implícito en el Acuerdo TRIPS para los estándares de protección de la propiedad intelectual, según Correa (1997: 97), “fuertemente influenciado por las tendencias de la legislación estadounidense”.

¹⁵ Ley 25.859 del 4 de diciembre de 2003 modificó la ley de patentes de invención para implementar el acuerdo alcanzado con Estados Unidos ante la OMC en 2002. Estados Unidos había reclamado sobre varios aspectos de la legislación argentina de patentes que suponía inconsistentes con el ADPIC.

¹⁶ El tratamiento detallado del problema de las patentes escapa a los objetivos de este artículo. Sobre el tema, pueden verse: Correa (2005); Zuccherino (2015).

¹⁷ En grandes rasgos, CILFA es la cámara que reúne a la grandes empresas nacionales, mientras que COOPERALA reúne a pymes nacionales del sector que se desarrollaron trabajosamente en el mercado de copias.

¹⁸ Algunos estudios o relatos sobre la trayectoria de laboratorios específicos pueden verse en: Di Salvo y Román (2009); Román y Di Salvo (2010); Cámara de Diputados (2010: 19-42).

¹⁹ En septiembre de 2004 se firmó en Buenos Aires el Convenio de Intercambio Comercial argentino cubano, basado en la exportación de alimentos nacionales a cambio de medicamentos y tecnología médica cubana.

²⁰ Los once laboratorios eran LKM, Purissimus, Pablo Cassará, Química Montpellier, Therabel Pharma, Laboratorios Mar, Panalab Argentina, Aristón-Higaté-Spedrog, Domínguez, Omicrón y Penn Pharmaceuticals. De los 230 laboratorios que había en Argentina –110 con plantas de manufactura–, en la CABA había 156 laboratorios (*Clarín*, 2006). Como ejemplo de la intención de promover la participación público-privada, se habló también de la participación del ANLIS-Malbrán, el CONICET, la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA y la Dirección de Tecnología del gobierno de CABA (Castro, 2004; Grupo de Gestión, 2007b).

²¹ Entre 2008 y mediados de 2015, el LIF superó los 140.000.000 millones de comprimidos entregados al Programa Remediar, por licitación internacional o por compra directa interestatal. Entre los medicamentos producidos se destacan: Amoxicilina, Cefalexina, Metformina, Glibenclamida, Paracetamol, Enalapril y Simvastatina.

²² Si bien no está en el foco de este artículo, no podemos dejar de mencionar el encarcelamiento del secretario general del gremio de bancarios, Juan José Zanola, por “la causa sobre la mafia de los medicamentos”, relacionada con el suministro de remedios robados, vencidos y adulterados, entre otros delitos (Hauser y Kollmann, 2019).

²³ Como ente autárquico, el nuevo laboratorio se crearía bajo la figura jurídica de Sociedad del Estado a partir del Laboratorio de Sanidad Conjunta del Ministerio de Defensa, que constaba de dos plantas ya existentes en Caseros y Palomar, en la provincia de Buenos Aires.

²⁴ Anexo I del Decreto N° 150/92.

²⁵ Sobre la Resolución 125 del Ministerio de Economía que ataba la alícuota de las retenciones a las exportaciones agrarias a la evolución del precio internacional del producto y modificaba las alícuotas de los diferentes cultivos para compensar la preeminencia de la soja, ver: Kulfas (2016: 128-134).

²⁶ El proceso de liofilizado permitía extender la fecha de vencimiento del producto a un año y medio.

²⁷ Encabezados por el diputado Carlos Raimundi, la iniciativa también se proponía la modificación de la ley de genéricos para impedir que en las recetas figuren marcas comerciales y la prohibición de publicidad de medicamentos, entre otras iniciativas.

²⁸ ISAGS es la sigla de Instituto Suramericano de Gobierno en Salud de UNASUR.

Referencias bibliográficas

Akyüz, Yilmaz (2005) *The WTO Negotiations on Industrial Tariffs. What is at Stake for Developing Countries*. Ginebra: Third World Nations.

Aleman, Noemí (2014) “Prozome: la decisión del gobierno de Río Negro resulta contradictoria”, *Río Negro*, 10 de agosto. En: https://www.rionegro.com.ar/cartas/prozome-la-decision-del-gobierno-de-rio-neg-MURN_3646387. Consultado el 05/02/2018.

Amdan, Fernando (2010) “Los laboratorios nacionales le marcan el pulso a la Industria”, *Clarín*, 25 de abril. En: https://www.clarin.com/empresas_y_negocios/laboratorios-nacionales-marcan-pulso-industria_0_HJMLBMADml.html. Consultado el 03/02/2018.

Apella, Ignacio (2006) “Acceso a Medicamentos y Producción Pública: El Caso Argentino”, *Nuevos Documentos CEDES*, N° 26.

Babones, Salvatore (2005) “The Country-Level Income Structure of the World-Economy”, *Journal of World-Systems Research*, vol. 11 (1):29-55.

Barrera, Mariano y Leandro Bona (2017) “La persistencia de la fuga de capitales y el crucial conflicto con los fondos buitres durante el ciclo kirchnerista”. En: Basualdo, E. (ed.), *Endeudar y fugar*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno:147-178.

Basualdo, Eduardo (2006) *Estudios de historia económica argentina*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Cámara de Diputados de la Nación (2010) *Audiencia sobre Producción Pública de Medicamentos*. Buenos Aires, 12 de Agosto. Versión taquigráfica del 19 de septiembre.

Campins, Mónica y Pfeiffer, Ana (2017) “La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010)”, *Anuario - Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, año 9, núm. 9, pp. 91-133.

Carrillo, Cristian (2011) “A la pildorita”, *Suplemento Cash, Página/12*, 18 de septiembre. <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/cash/17-5460-2011-09-19.html>. Consultado el 14/02/2018.

Castro, Ángeles (2004) “Acuerdo para erigir un polo farmacéutico”, *La Nación*, 21 de marzo. En: <http://www.lanacion.com.ar/585643-acuerdo-para-erigir-un-polo-farmacautico>. Consultado el 27/01/2004.

Chase-Dunn, Christopher (1998) *Global Formation. Structures of the World-Economy, Updated Edition*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishing.

CILFA y COOPERALA (2011) “Posición de la industria farmacéutica argentina sobre la producción pública de medicamentos”. Documento presentado a la Cámara de Diputados, expediente 5173-D-09 y 1169-D-10, Buenos Aires.

Clarín (2005) “Argentina y Brasil se asocian para fabricar drogas antisida”, 21 de octubre. En: https://www.clarin.com/ediciones-antiores/argentina-brasil-asocian-fabricar-drogas-antisida_0_Sy4-DkdkRFg.html

Clarín (2006) “Once laboratorios se mudarán al polo farmacéutico de Villa Lugano”, 24 de abril. En: https://www.clarin.com/ediciones-antiores/once-laboratorios-mudaran-polo-farmaceutico-villa-lugano_0_Hy_g1LSJ0Yg.html. Consultado el 27/01/2018.

Clark, Rob (2010) “World-System Mobility and Economic Growth, 1980-2000”, *Social Forces*, 88 (3) 1123-1151.

CLSyDDHH (2005) “Política actual de medicamentos en nuestro país: Un análisis del Programa Remediar”. Documento de la Cátedra de Libre Salud y Derechos Humanos, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. En: www.fmed.uba.ar/depto/ddhh/multisectorial/medicamentos.doc. Consultado el 15/01/2018.

Correa, Carlos (1997) “Instrumentación del acuerdo TRIPS en Latinoamérica. Armonización vs. Diferenciación de los sistemas de propiedad intelectual”. En: AA.VV., *Propiedad Intelectual en el Gatt*. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina: 95-130.

Correa, Carlos (2005) “Can the TRIPS Agreement poster technology transfer to developing countries?”. En: Maskus, K. y Reichman, J. (eds.), *International Public Goods and Transfer of Technology Under a Globalized Intellectual Property Regime*. Cambridge: Cambridge University Press: 227-256

Di Salvo, María T. y Viviana Román (2009) “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, *Anuario - Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, 1 (1):137-181.

El Día (2013) “Desarrollan en La Plata una nueva fórmula de vacuna oncológica”, 19 de agosto. En: <https://www.eldia.com/nota/2013-8-19-desarrollan-en-la-plata-una-nueva-formula-de-vacuna-oncologica>. Consultado el 10/09/2018.

El Litoral (2009) “El LIF entregará a la Nación los primeros antibióticos”, 19 de marzo. En: <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2009/03/19/metropolitanas/AREA-06.html>. Consultado el 21/03/2019.

Gaggero, Alejandro (2016). “Las transformaciones de la elite empresarial en un período de extranjerización económica: los propietarios de los grandes grupos empresariales argentinos durante los años noventa”. En A. Castellani (coord.), *Radiografía de la elite económica argentina. Estructura y organización en los noventa*. San Martín: UNSAM Edita:89-122.

García Oviedo, Laura (2007) “Crean una red de 21 laboratorios públicos”, *La Nación*, 18 de septiembre. En: <http://www.lanacion.com.ar/945003-crean-una-red-de-21-laboratorios-publicos>. Consultado el 27/01/2018.

González García, Ginés, C. De la Puente y S.Tarragona (2005) *Medicamentos: salud, política y economía*. Buenos Aires: Ediciones Isalud.

Gollán, Daniel (2016) “Cobertura Universal con menos acceso”, *Página/12*, 5 de agosto. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-306060-2016-08-05.html>. Consultado el 02/03/2017.

Grupo de Gestión (2006a) “Proyecto PPMV - INVITACIÓN a ADHERIR”, 19 de octubre. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2006/10/proyecto-ppmv-invitaclin-adherir.html>. Consultado el 16/01/2018.

Grupo de Gestión (2006b) “Mesa CyT - 129 organizaciones impulsan PPMV”, 21 de noviembre. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2006/11/mesa-cyt-129-organizaciones-impulsan.html>. Consultado el 16/01/2018.

Grupo de Gestión (2006c) “GACTEC - ‘Ciencia sin cabeza’”, 26 de diciembre. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2006/12/gactec-ciencia-sin-cabeza.html>. Consultado el 16/01/2018.

Grupo de Gestión (2007a) “Sombras - Filmus - GACTEC”, 6 de febrero. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2007/02/filmus.html>. Consultado el 06/03/2018.

Grupo de Gestión (2007b) “Las penas son de nosotros...”, 7 de marzo. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2007/03/fwd-las-penas-son-de-nosotros.html>. Consultado el 29/01/2018.

Grupo de Gestión (2008). “Reunión en Min Salud - INFORME”, 2 de mayo. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2008/05/reunin-en-min-salud-informe.html>. Consultado el 06/02/2018.

Grupo de Gestión (2009). “Instituto Biológico de La Plata”, 6 de octubre. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com/2009/10/instituto-biologico-de-la-plata.html>. Consultado el 14/04/2018.

Grupo de Gestión (2010) “Ocaña / Garré / Manzur - Fernández”, 9 de febrero. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2010/02/ocana-garre-manzur-fernandez.html>. Consultado el 15/01/2018.

Grupo de Gestión (2012a) “Ley PPM - CFK / Scioli / Manzur”, 6 de febrero. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2012/02/ley-ppm-cfk-scioli-manzur.html>. Consultado el 12/01/2018.

Grupo de Gestión (2012b) “Informe a la Presidenta de la Nación”, 21 de marzo. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2012/03/informe-la-presidenta-de-la-nacion.html>. Consultado el 12/01/2018.

Grupo de Gestión (2014) “La saga de los medicamentos”, 8 de julio. En: <http://grupogestionpoliticas.blogspot.com.ar/2014/07/la-saga-de-los-medicamentos.html>. Consultado el 12/01/2018.

Hauser, Irina y Raúl Kollmann (2009) “El día que el jefe de los bancarios se quedó sin banca”, 1 de diciembre. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/el-pais/1-136256-2009-12-01.html>. Consultado el 15/03/2018.

Homma, A., J.L. di Fabio y C. de Quadros (1998) “Los laboratorios públicos productores de vacunas: el nuevo paradigma”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 4 (4):223-232.

Infobae (2011) “Industria anunció que hacia 2020 casi se triplicará la producción de medicamentos”, 10 de mayo. En: <https://www.infobae.com/2011/05/10/580687-industria-anuncio-que-2020-casi-se-triplicara-la-produccion-medicamentos/>. Consultado el 14/02/2018.

ISAGS (2015) “UNASUR impulsa banco de precios de medicamentos”, agosto. En: [http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev\[3117\]ling\[2\]anx\[569\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/eventos/ev[3117]ling[2]anx[569].pdf). Consultado el 07/02/2018.

Isturiz, Martín (2011) “La producción estatal de medicamentos en la Argentina”, *Voces en el Fénix*, 2 (7) 110-115.

Jorquera, Miguel (2014) “El precio de los medicamentos en debate”, *Página/12*, 9 de julio. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-250380-2014-07-09.html>. Consultado el 03/02/2018.

Kirchner, Néstor (2003) *Plan de Gobierno*. Buenos Aires: Equipos y Planes de Gobierno.

Kornblith, Alberto (2017) “Where science and nonsense collide”, *Nature*, vol. 541, p. 135.

Kulfas, Matías (2016) *Los tres kirchnerismos. Una historia económica argentina, 2003-2015*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

La Capital (2014) “Quieren una agencia de producción pública de medicamentos”, 1 de julio. En: <https://www.lacapital.com.ar/informacion-gral/quieren-una-agencia-produccion-publica-medicamentos-n461805.html>. Consultado el 10/03/2018.

La Nación (2005) “Lanzan la producción nacional de vacunas”, 21 de marzo. En: <http://www.lanacion.com.ar/689217-lanzan-la-produccion-nacional-de-vacunas>. Consultado el 03/01/2018.

Lipcovich, Pedro (2007) “Un mejor acceso a la salud”, *Página/12*, 2 de octubre. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/92334-29355-2007-10-02.html>. Consultado el 03/02/2018.

Lipcovich, Pedro (2008) “Macri prefiere función privada”, *Página/12*, 6 de enero. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-97101-2008-01-06.html>. Consultado el 06/02/2018.

Lipcovich, Pedro (2011) “Remedio público al costo de los medicamentos”, *Página/12*, 24 de mayo. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-168717-2011-05-24.html>. Consultado el 22/01/2018.

Lipcovich, Pedro (2012) “Vacunas para prevenir las importaciones”, *Página/12*, 29 de junio. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-197489-2012-06-29.html>. Consultado el 06/03/2018.

Maceira, Daniel, coord. (2010) “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”. *Informe final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga*, CEDES. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Comisión Nacional Salud Investiga.

Manzanelli, Pablo, M. González y Eduardo Basualdo (2017) “La primera etapa del gobierno de Cambiemos. El endeudamiento externo, la fuga de capitales y la crisis económica y social”. En E. Basualdo, (ed.), *Endeudar y fugarse. Un análisis de la historia económica argentina, de Martínez de Hoz a Macri*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno: 179-219.

MINCyT, Ministerio de Ciencia y Tecnología (2011) *Argentina Innovadora 2020. Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Lineamientos Estratégicos 2012-2015*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.

MINCyT, Ministerio de Ciencia y Tecnología (2012) *Boletín Estadístico Tecnológico* N°5. Sector Farmacéutico. Buenos Aires: MINCyT.

MINCyT, Ministerio de Ciencia y Tecnología (2014a) “Instituciones bonaerenses recibían subsidio para producción pública de medicamentos”, 11 de junio. En: <http://www.agencia.mincyt.gov.ar/frontend/agencia/post/1406>. Consultado el 11/03/2018.

MINCyT, Ministerio de Ciencia y Tecnología (2014b) “Nuevo financiamiento para producción pública de medicamentos tuberculostáticos”, 1 de julio. En: <http://www.mincyt.gov.ar/noticias/nuevo-financiamiento-para-produccion-publica-de-medicamentos-tuberculostaticos-10181>. Consultado el 11/03/2018.

Ministerio de Industria (2011) “Cadena de valor de medicamentos de uso humano”, pp. 231-250. En: *Plan Estratégico Industrial 2020*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación. Nguyen, Tu Thanh. 2010. *Competition Law, Technology Transfer and the TRIPS Agreement. Implications for Developing Countries*. Cheltenham, UK: Elgar.

LIF (2013) “Los primeros 200.000 comprimidos de Sildenafil del LIF están siendo distribuidos en la provincia”, 6 de agosto. En: <http://www.lif-santafe.com.ar/noticias/249/los-primeros-200-000-comprimidos-de-sildenafil-del-lif-estan-siendo-distribuidos-en-la-provincia.html>. Consultado el 10/03/2018.

Página/12 (2007) “Un rechazo que no encuentra cura”, 2 de octubre. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-92334-2007-10-02.html>. Consultado el 03/02/2018.

Página/12 (2015) “Más remedios públicos”, 19 de agosto. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-279653-2015-08-19.html>. Consultado el 03/02/2018.

Porta, Fenando, J. Santarcángelo y D. Scheingart (2017) “Un proyecto político con objetivos económicos. Los límites de la estrategia kirchnerista”. En: Pucciarelli, A. y Castellani, A. (eds.), *Los años del kirchnerismo. La disputa hegemónica tras la crisis del orden neoliberal*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno: 99-143.

Rachid, Jorge (2009) “La perversión del medicamento”, *Nación & Salud*, 21 de septiembre. En: <http://nacionysalud.com/node/1068>. Consultado el 06/03/2018.

Rey, Pedro (2014) “Laboratorios públicos: sector estratégico”, *Agencia TSS*, 25 de noviembre. En: <http://www.unsam.edu.ar/tss/laboratorios-publicos-sector-estrategico/>. Consultado el 06/02/2018.

Rey, Pedro (2015) “I+D para los medicamentos públicos”, *Agencia TSS*, 16 de abril. En: <http://www.unsam.edu.ar/tss/id-para-los-medicamentos-publicos/>. Consultado el 05/02/2018.

Román, Viviana y María T. Di Salvo (2010) “La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis”, *Saberes. Revista de Ciencias Económicas y Estadística*, 2:1-19.

Santos, Guillermo (2017) “Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015)”, *Anuario - Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, 9 (9) 19-57.

Tobar, Federico (2004) “Políticas para promoción del acceso a medicamentos: El caso del Programa Remediar de Argentina”, Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Washington D.C.: BID, Departamento de Desarrollo Sostenible.

Uribe, Juan P. y Nicole Schwab (2002) “El sector salud argentino en medio de la crisis”. Buenos Aires: Banco Mundial, Documento de Trabajo No. 2/02, 25.143.

Videla, Eduardo (2007) “Los laboratorios públicos lograron formar una red”, *Página/12*, 2 de octubre. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/92334-29354-2007-10-02.html>. Consultado el 06/02/2018.

Wainfeld, Mario y Navarro, Roberto (2007) “Hay que acercar los médicos a la gente”, *Página/12*, 16 de diciembre. En: <https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-96229-2007-12-16.html>. Consultado el 06/02/2018.

Zícari, Julián (2016) “Del colapso de la convertibilidad a las bases económicas de la recuperación”. En: Pucciarelli, A. y Castellani, A. (eds.), *Los años del kirchnerismo. La disputa hegemónica tras la crisis del orden neoliberal*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno: 35-60.

Zuccherino, Daniel (2015) “Patentes y Protección de Datos de Prueba. Análisis de la situación en la República Argentina”. En: Reátegui Valdiviezo, M. (ed.), *Derecho farmacéutico y propiedad intelectual en América Latina*. s/c: Asociación Interamericana de Propiedad Intelectual: 429-442.

Cómo citar este artículo:

Zubeldía, Lautaro y Diego Hurtado (2019) “Políticas Tecnológica e Industrial en Contexto Semiperiférico: la Producción Pública de Medicamentos en Argentina (2007-2015)”. *Revista Perspectivas de Políticas Públicas* vol. 8 N°16: 299-327