

X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario, 2005.

Los medicamentos como bien social. Universidad, Hospital Público y Producción Pública en el contexto de la desregulación.

María Teresa di Salvo y Viviana Román.

Cita:

María Teresa di Salvo y Viviana Román (2005). *Los medicamentos como bien social. Universidad, Hospital Público y Producción Pública en el contexto de la desregulación. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-006/463>

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>.

Xº JORNADAS INTERESCUELAS / DEPARTAMENTOS DE HISTORIA

Rosario, 20 al 23 de septiembre de 2005

Título: *Los medicamentos como bien social. Universidad, Hospital Público y Producción Pública en el contexto de la desregulación*

Mesa Temática: Nº 49: "Historia de políticas públicas de salud, enfermedades e instituciones en Argentina y América Latina en los Siglos XIX y XX"

Pertenencia institucional: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas.

Autoras: **María Teresa di Salvo** – Prof. Adjunta – Investigadora –
Dirección: Altolaguirre 1929. cap.Fed.
Teléfono: 4522-6621.
Fax: 4521-3316.
Dirección de correo electrónico: disalvomt@ciudad.com.ar

Viviana Román – Prof. Adjunta – Investigadora -
Dirección: Forest 336. 4to. "C". Cap.Fed.
Teléfono: 4554-3613.
Dirección de correo electrónico: vivianaroman@ciudad.com.ar

Coordinadores: María Silvia Di Liscia (UNLPam) - Adriana Alvarez (UNMdP)

***Los medicamentos como bien social. Universidad, Hospital Público y
Producción Pública en el contexto de la desregulación***

Introducción

Los cambios que se produjeron en los ´90 agudizaron problemas socioeconómicos presentes en Argentina desde décadas anteriores. La desregulación, la concentración creciente en el mercado de medicamentos, el aumento en el valor unitario promedio de los productos farmacéuticos en medicina humana de un 127 % en dólares y el incremento de la desocupación, se convirtieron en causas que

agravaron la situación sanitaria de millones de personas. Se calcula que durante la década de 1990 el consumo de medicamentos se redujo un 20 %.

Las políticas de corte liberal puestas en marcha desde mediados de la década de 1970 confían en el mercado como mejor asignador de recursos e identifican el concepto de equilibrio económico con la idea de bienestar. Ahora bien, la situación socioeconómica de fines de los noventa en adelante evidencia la incapacidad de las mismas para dar respuestas adecuadas a la solución de problemas sociales.

Ante la exclusión social y los cambios operados en el marco político desde fines del 2001, tuvieron lugar ciertas modificaciones en las políticas de salud pública. Entre ellas la sanción de la Ley 25.649 de *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico* puesta en vigencia en el 2002 que intenta introducir la competencia por precio y no sólo por marca.

Este escenario planteó una serie de desafíos que originaron diversas respuestas, abriendo paso a la creación de instituciones nuevas para la producción pública de medicamentos, a la adaptación al entorno de las ya existentes y al intento de conformación de redes interinstitucionales con vistas a generar un mayor y mejor acceso a los medicamentos por parte de los sectores más vulnerables de la población. Conforme a lo anterior el objetivo de este trabajo es historiar el papel socialmente desempeñado por dos hospitales públicos y una universidad nacional en lo que se refiere a producción pública de medicamentos.

El análisis de los cambios operados en torno a las políticas de salud y las respuestas de los diferentes actores frente a la situación de emergencia son un aporte al debate actual sobre el rol del Estado, pues incorpora elementos fundamentales para volver a pensar las políticas públicas. La frágil articulación de las instituciones antes mencionadas y la imposibilidad de ellas para generar un impacto decisivo en términos de inclusión social, en lo que al mercado de medicamentos se refiere, constituye nuestra hipótesis.

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

caso de los productos farmacéuticos el sistema económico debe acercarse a una posición socialmente aceptable en cuanto a la equidad distributiva por lo que el mercado debe ser reemplazado por un conjunto de instituciones y normas regulatorias. El Estado debería ser capaz de controlar que las condiciones de equidad y eficiencia con que los servicios se producen y distribuyen en el marco de la comunidad se cumplan.

Desde la teoría, la demanda de medicamentos depende de los precios y del modelo de regulación de los mismos que usa una determinada sociedad; de la regulación del ingreso per capita; del perfil epidemiológico de la población; de los modos de financiamiento que prevalecen en esa sociedad – cuánto del gasto es cubierto por la seguridad social y cuánto por gasto directo de bolsillo -; de factores culturales, como la actitud de la población frente a la automedicación y otros¹. Según análisis recientes sobre las responsabilidades del Estado en materia de salud pública, la deserción de éste de ciertas tareas de regulación y control - a cifras del 2001- comprometía un porcentaje irracionalmente elevado de un gasto total en salud², financiado en su mayor parte como “gasto de bolsillo” de las personas. La salida de la convertibilidad implicó en los primeros meses del 2002 un incremento promedio de un 60 % en el precio de los medicamentos. Según algunas estimaciones entre 15 y 18 millones de personas carecen de acceso a ellos por no poder pagarlos. En este aspecto los desequilibrios regionales también están presentes. Provincias como Jujuy, Formosa y Catamarca consumen menos medicamentos que el barrio de Palermo, de la ciudad de Buenos Aires³.

Desde esta perspectiva, se analizan a continuación tres casos: dos hospitales públicos y una universidad nacional donde se realiza producción de medicamentos. Estos fueron elegidos por su semejanza en la característica y fenómeno a estudiar y porque al mismo tiempo presentan diferencias significativas

¹ Katz, Jorge y Miranda, Ernesto “Mercados de Salud: morfología, comportamiento y regulación” en Revista de la CEPAL N° 54, diciembre de 1994.

² Estas definiciones corresponden al Ex Director Nacional de Prestaciones Médicas (Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales). Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación. Período noviembre 2000 a octubre 2001 DR. G. Porcel.

³ Il Foro Social de Salud – Buenos Aires – 2003 -

que permiten su comparación⁴. En los estudios de casos se hace evidente una característica de los análisis cualitativos: el registro y estudio de secuencias con la intención de capturar los procesos desde un punto de vista sistemático. Además, el trabajo con casos implica la posibilidad de identificar las formas en que los individuos y las organizaciones en las que se insertan, se interrelacionan y desarrollan estrategias racionales que les permiten tanto transgredir como adaptar reglas preexistentes, y a partir de ello construir lo social.

Asimismo, la introducción de fuentes cuantitativas permite observar la evolución, a través de las estadísticas, de variables socioeconómicas que hacen a la investigación propuesta.

Los datos de la situación socioeconómica

En los `90 se profundizaron tendencias que venían desarrollándose desde mediados de los `70. Esto implicó la desarticulación de mecanismos estatales presentes en la Argentina desde hacía décadas. Asistimos a la finalización de una etapa caracterizada por la incorporación de los sujetos tanto material como simbólicamente a arenas colectivas⁵ que tuvo como rasgos estructurantes la inclusión en espacios moldeados por las políticas sociales y laborales provenientes del Estado y la movilización política.

El nuevo patrón de acumulación puesto en práctica por la última dictadura militar derivó en un proceso creciente de desindustrialización en las ramas de actividad económica más dinámicas durante la implementación del Modelo Sustitutivo de Importaciones (ISI). La industria manufacturera redujo su participación en el PBN de un 23 % en los `80 a un 17 % en 1999⁶. Esto significó un marcado descenso en la tasa de sindicalización, debido a la pérdida de empleos con relación de dependencia. Además, provocó que muchos trabajadores perdieran su pertenencia a una obra social.

⁴ Forni, Floreal, Gallart, María Antonia y Vasilachis de Gialdino, Irene Métodos Cualitativos II. La práctica de la investigación, Editorial CEAL, Buenos Aires, 1993.

⁵ Cavarozzi, Marcelo Autoritarismo y Democracia, Editorial EUDEBA, Buenos Aires, 2000.

⁶ Barbero, María Inés Argentina during the 1990s, Mimeo, Buenos Aires, 2002.

Asimismo, la reforma del Estado llevada adelante en los noventa produjo la desaparición del mismo como empleador masivo de mano de obra⁷. Por otro lado, las consecuencias negativas del Plan de Convertibilidad dieron como resultado profundos desequilibrios estructurales a nivel del empleo y de la distribución de la riqueza⁸. Según datos del INDEC en 1995 la Tasa de desocupación en aglomerados urbanos se elevó al 18,4 %, registró el mayor descenso en octubre de 1998 con un porcentaje del 12,4 % y volvió a incrementarse hasta llegar en mayo de 2000 a un 15,4 %⁹. En mayo de 2001, el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza ascendía a 35,9 %, en el mismo mes de 2002 se elevó a un 53 % y en mayo de 2003 llegó a un 54,7 %¹⁰. El siguiente cuadro ilustra la evolución de esta variable para Gran Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires.

Evolución del porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza en GBA y en CBA – Mayo 2001/2003 -

Fecha de relevamiento	Aglomerado Gran Buenos Aires – Personas – En %	Aglomerado Ciudad de Buenos Aires – Personas – En %
Mayo 2001	32,7	10,9
Mayo 2002	49,7	19,8
Mayo 2003	51,7	21,7

Elaboración propia.

Fuente: EPH – INDEC

⁷ Cabe aclarar que esta tendencia no se registra en las provincias más pobres del país.

⁸ “Crecimiento, Empleo y Precios – Análisis n° 1” en Enfoque Global, Ministerio de Economía y Producción, Abril de 2004.

⁹ Estos datos surgen de la Encuesta Permanente de Hogares – Mayo de 2000. La misma se basa en una muestra probabilística, estratificada, en dos etapas, que comprende 35.000 viviendas en todo el país y produce estimaciones válidas para los aglomerados urbanos que cubre y para su total.

¹⁰ Encuesta Permanente de Hogares – INDEC – Mayo de 2003.

En el segundo semestre del 2004 las personas bajo la línea de pobreza llegaban al 37,7 % en el Gran Buenos Aires; en tanto que los hogares bajo la línea de pobreza en el mismo distrito ascendían al 27,7 %.

En síntesis, en Argentina se operaron profundas transformaciones en la estructura de clases, en el rol del Estado y en el sector productivo

Contamos actualmente, con un sistema de salud no integrado, conformado por tres subsectores: el público (Hospitales Públicos), la seguridad social (Obras Sociales) y el privado (Servicios Médicos Prepagos). La población sin cobertura de seguros de salud ascendía ya, en 1991 al 36,3 %¹¹, En un contexto en el que la idea rectora era “menos Estado y más mercado”, el sistema de servicios de salud dejó de gravitar como mecanismo de compensación de las desigualdades sociales. El tema de los medicamentos es arquetípico, pues contribuye a agravar la desigualdad en un área donde la inequidad ya está instalada. A datos del 2001¹², 18 millones de personas estaban fuera de cobertura y el 70 % del gasto de medicamentos en ambulatorio era financiado como gasto de bolsillo.

Queda planteado, entonces, el escenario donde se ensayan respuestas sociales para hacer frente a la exclusión.

La evolución de la industria farmacéutica en Argentina

La presencia de la industria farmacéutica en nuestro país reconoce orígenes que se remontan a la primera mitad del siglo XX.

Durante el transcurso de la década de 1940 la industria farmacéutica internacional sufrió alteraciones sin precedentes. Éstas fueron causadas por el fuerte cambio tecnológico en el sector debido a las exigencias bélicas. La revolución en materia de antibióticos (producción en escala de penicilina) provocó la paulatina

¹¹ Flood, M. Cristina V. de “Gasto en financiamiento de la salud en Argentina” en Titelman, Daniel y Uthoff, Andras (comp.) Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud, Vol. I, FCE / CEPAL, Santiago de Chile, 2000.

¹² Tobar, Federico ¿Cuánto gastamos los argentinos en medicamentos? Instituto Universitario, ISALUD, 2001.

desaparición del farmacéutico profesional minorista, fenómeno que adquiere relevancia local a principios de la década de 1950.

Durante las décadas del `60 y del `70 las compañías de capital nacional se aprovisionaban de materias primas importándolas fundamentalmente de países que no reconocían patentes de invención como Hungría, Italia y España. Las firmas de capital nacional se beneficiaron del marco regulatorio (Ley 111 de 1864) e institucional existente¹³. En este período la presencia de un elevado número de laboratorios pequeños, no implicaba una baja concentración en el sector. En efecto, ya se verificaba un elevado grado de concentración¹⁴ al tener en cuenta “clases terapéuticas” específicas.

A mediados de los `70 en la economía en su conjunto comenzaron a consolidarse dos fenómenos: la concentración y la transnacionalización. Si bien la industria farmacéutica acompañó el ciclo de la concentración, en la década del `80 se produjo una significativa transferencia de líneas de productos de laboratorios multinacionales a laboratorios de capital nacional. A partir de la desregulación del sector en 1991 tuvo lugar un movimiento inverso que dio como resultado que entre 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujera del 56,9 % al 48,5 % y simultáneamente la participación de las multinacionales se incrementara del 43,1 % al 51,5 %¹⁵. Según un informe reciente de la Agencia Latinoamericana de Información (ALAI), un grupo de diez multinacionales controla el 58,4% del mercado mundial de medicamentos.

En la década del `90 la Argentina dejó atrás muchos años de precios controlados mediante la aplicación de tres normas legales que se dictaron en menos de 12 meses, entre fines de 1989 y fines de 1990. Las tres resoluciones tuvieron un impacto liberalizador creciente y dieron como resultado un importante incremento en el precio relativo de los medicamentos y, al mismo tiempo, de la rentabilidad de la industria farmacéutica. A partir de esto se suponía una ampliación de la oferta

¹³ Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge, Op. Cit.

¹⁴ Katz, Jorge Oligopolio, Firmas Nacionales y Empresas Multinacionales. La Industria Farmacéutica Argentina. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.

¹⁵ CAEME – Evolución del Mercado Farmacéutico Argentino (1980 – 2000). Informe trimestral XXXVII. Buenos Aires, 2001.

local de medicamentos que habría de actuar como elemento disciplinador de la conducta empresaria. Desde esta perspectiva, se eliminaron las trabas a la importación y se redujeron los aranceles con el objetivo de aumentar competencia imperante en este mercado.

En enero de 1992 se dictó el decreto 150, reglamentado, luego, en abril de ese mismo año. La finalidad del mismo era ampliar la oferta potencial de medicamentos y dejar que la libre elección del consumidor se transformara en el elemento regulador por excelencia en el mercado¹⁶. Para ello introducía varias modificaciones de importancia en la forma de registro de medicamentos, en la prescripción y expendio de los mismos, en la exportación de especialidades medicinales y otros productos de la industria farmacéutica, y en los aranceles de importación.

En este marco, los laboratorios transnacionales aumentaron la presión para extender la vida útil de las patentes de invención y para elevar el grado de cobertura que las mismas alcanzaban internacionalmente¹⁷. Finalmente, en 1996 se reglamentó la Ley 24572, pero se establecía que las patentes no serían otorgadas antes de los cinco años de la publicación de dicha ley en el Boletín Oficial, vencido este plazo de transición se autorizaba a terceros que estuvieran haciendo uso del invento sin autorización del titular a continuar la explotación, abonando una retribución (Licencia Compulsiva Automática).

La Argentina se convirtió, entonces, en el quinto país más caro del mundo en el precio de los medicamentos. Por encima, incluso, de algunos países europeos y pese a exportar una cantidad significativa de productos a países latinoamericanos a precios inferiores a los vigentes en el mercado interno. Situación que con pocas oscilaciones se mantuvo hasta la devaluación del 2002¹⁸. A valores del 2001, aunque el 97% del consumo correspondía a fabricación nacional, el mercado de medicamentos involucraba altas remesas al extranjero en concepto de importación

¹⁶ Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge Hacia un nuevo modelo de organización industrial, Alianza, Buenos Aires, 1995.

¹⁷ Bisang, Roberto; Burachik, Gustavo y Katz, Jorge, Op. Cit.

¹⁸ Según datos suministrados por el Ex Director Nacional de Prestaciones Médicas (Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales). Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación. Período noviembre 2000 a octubre 2001 DR. G. Porcel.

de insumos así como pago de regalías¹⁹, tendencia que no ha sufrido modificaciones.

Según datos del INDEC de diciembre de 2002, la industria farmacéutica localizada en el país tiene un gran desarrollo. Su núcleo principal está formado por un lado, por aproximadamente 75 empresas entre las cuales están las de origen nacional (grandes y Pymes) y filiales de empresas multinacionales; y, por otro, por laboratorios públicos que producen medicamentos para proveer de ellos a pacientes institucionales.

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

Este núcleo principal de empresas muestra en el primer trimestre del 2002 una retracción considerable en el mercado interno, debido entre otras variables al aumento de precios de los medicamentos en un contexto de devaluación de la moneda, de ingresos familiares estáticos y de la puesta en vigencia de la Ley 25.649 de *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico*. El siguiente cuadro ilustra lo anterior.

*Distribución de la facturación por trimestre en el Mercado Interno
Años 2001 - 2002*

Período	Facturación de producción propia. Mercado Interno (en pesos)
Año 2001	
Total	2.135.634.750
I Trimestre	569.256.887
II Trimestre	566.673.998

¹⁹ Tobar, Federico, Op. Cit.

III Trimestre	537.175.840
IV Trimestre	462.528.025
Año 2002	
Total	2.398.524.283
I Trimestre	446.927.978
II Trimestre	612.718.099
III Trimestre	669.598.039
IV Trimestre	669.280.167

Fuente: INDEC

Nota: Incluye las mayores empresas de la industria. Cifras sin IVA.

La facturación total del primer trimestre del año 2004 superó a la de igual período de 2003 en 7,4 %, a la de 2002 en 73,6 % y a la del año 2001 en 52,7 %.

Por último, cabe resaltar que en un mercado de competencia imperfecta como el antes descrito, la aplicación de la idea liberal del mercado como asignador eficiente de recursos se mostró insuficiente para resolver problemas originados en la inequidad distributiva que la propia implementación de este tipo de políticas contribuyó a generar.

El sistema de salud en Argentina y los orígenes de la producción pública de medicamentos

Una parte significativa, aunque pequeña del consumo de especialidades medicinales en Argentina se produce en instituciones públicas. Según datos del 2001, el monto total de la producción pública se estimaba en \$423 millones, lo cual correspondía al 7,1% del gasto total²⁰.

Hoy en día existen laboratorios en distintas provincias²¹ que producen o tienen capacidad para elaborar medicamentos. No obstante, la preocupación del Estado

²⁰ Tobar, Federico, Ibidem

²¹ Se trata de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, San Juan, San Luis, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Salta, Mendoza, Formosa, Río Negro, Tucumán y Santa Fe.

por este tipo de producción tiene orígenes a mediados de la década de 1940 y está ligada a las transformaciones que se fueron produciendo en la estructura del sistema de salud.

En la primera etapa peronista, el Estado avanzó en el control de la Salud Pública, quitándole la administración de los hospitales a las Sociedades de Beneficencia y articulando una centralización normativa que adecuó, unificó y tipificó los procedimientos, mecanismos y servicios para todo el país. Se instaló la noción de salud pública y se crearon instituciones y mecanismos tendientes a impulsar acciones acordes con una concepción redistribucionista. Ejemplo de esto fue Especialidades Medicinales del Estado y la utilización de las instalaciones de las empresas farmacéuticas de origen alemán que habían sido expropiadas en 1945. Estas medidas marcaron la intención del Estado por producir medicamentos que llegaran a la población a un precio accesible.

Después de la caída del peronismo, se abrió una etapa caracterizada por la desconcentración de los centros de planificación de los servicios de salud. De hecho, la transferencia de hospitales públicos de la esfera nacional a la provincial sin el correspondiente soporte técnico y financiero, produjo un quiebre en la hegemonía estatal nacional de la oferta de servicios.

En la segunda mitad de la década de 1960, se expandió el sistema de Obras Sociales, que transitó de la voluntariedad a la obligatoriedad de afiliación. A lo largo de la década del `70, se produjo la consolidación de las instituciones intermedias (el sistema de seguridad social y las federaciones que nuclean a profesionales, clínicas privadas y cámaras empresarias de la industria farmacéutica). El veloz desarrollo del sector prestador privado y la creciente debilidad fiscalizadora del sector público junto con su gradual desdibujamiento como efector de salud prestigioso y de calidad, son las características esenciales de este período en el que se desarrollaron la morfología y los patrones de comportamiento de los mercados de salud que existen en la actualidad.

En la década del `70, especialmente luego del golpe de Estado de 1976, la capacidad privada instalada se incrementó en más de un 50 % (en términos de

camas), aunque lo hizo de manera desordenada. Entre tanto, los hospitales públicos perdieron aceleradamente el monopolio de los recursos de alta complejidad y se desfinanciaron poco a poco por el achicamiento de los presupuestos estatales de salud²². Las reformas estructurales de los `90 profundizaron esta tendencia. En consecuencia, el sistema de salud pública enfrenta hoy múltiples limitaciones. La infraestructura pública de servicios soporta una demanda creciente de viejos y nuevos sectores en situación de vulnerabilidad ante la caída de la cobertura provista por el sistema de Obras Sociales y la creciente desocupación que busca refugio en el campo de la atención pública. En cuanto a la provisión de medicamentos, se calcula que actualmente más de la mitad de la población no tiene acceso a los denominados Medicamentos Básicos Esenciales (MBE).

La Organización Mundial de Comercio (OMC) tiene una cláusula que permite a los países producir remedios cuyas patentes no estén vencidas ante situaciones de emergencia sanitaria. Sin embargo, la Argentina (que presenta niveles de pobreza y marginalidad sin precedentes) no se ha amparado en ella. Por lo contrario, otros países como Brasil y Sudáfrica si lo hicieron.

Internacionalmente, el debate en pro de la contención de los costos de los medicamentos hizo que diferentes gobiernos agilizaran los mecanismos de aprobación de productos genéricos²³, y añadieran a los requisitos, pruebas de

²² Katz, Jorge y colaboradores El Sector Salud en la República Argentina: Su estructura y Comportamiento, FCE, Argentina, 1993.

²³ Una especialidad farmacéutica genérica (EFG) o medicamento genérico, es la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad está suficientemente establecido por su continuado uso clínico. Además, habiendo demostrado una bioequivalencia con los productos de referencia, su precio es inferior al del producto original. En conjunto, se considera que dos medicamentos son bioequivalentes si son equivalentes farmacéuticos (es decir, si contienen la misma cantidad del mismo principio activo en la misma forma de dosificación) y si su biodisponibilidad (en magnitud y velocidad) después de su administración a dosis iguales (molares) son similares en tal grado que, sus efectos, en términos de eficacia y seguridad, se supone serán esencialmente los mismos. Se asume, por tanto, que si se cumplen estos requisitos las dos especialidades farmacéuticas son intercambiables, es decir, una de ellas puede sustituir a la otra en el tratamiento de una enfermedad o síntoma en un paciente concreto. Estas apreciaciones corresponden a la Lic. Mabel B. Santoro, Asesora del Defensor del Pueblo Adjunto de la Ciudad de Bs.As. 2 de agosto de 2002.

costo – efectividad de los nuevos principios activos que se aprueban para comercialización.²⁴.

Desde hace algún tiempo, los diferentes actores involucrados²⁵ en la salud pública de nuestro país debaten respecto de este tipo de productos. Estos se plantean como una solución al problema de costos que presentan los medicamentos originales²⁶.

Descripción y análisis de los casos

En este apartado se analizan las entrevistas²⁷ efectuadas a los responsables de tres instituciones que realizan producción pública de medicamentos. Todas se encuentran emplazadas en el conurbano bonaerense: la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas, ubicado en El Palomar (Partido de Tres de Febrero), el Laboratorio de Especialidades Medicinales que funciona en el Hospital San Bernardino de Hurlingham de jurisdicción municipal y El Laboratorio de Medicamentos Tecnológicos (ELMETEC) perteneciente a la Universidad Tecnológica Nacional localizado en General Pacheco (Partido de xxxx).

En el caso de los dos hospitales se trata de zonas caracterizadas por el contraste, donde coexiste una población de ingresos medio/altos con otra pauperizada. En

²⁴ Ejemplo de esto es el caso de Australia que a partir de enero de 1993 estableció que “Toda nueva droga presentada para aprobación debe ir acompañada no sólo de los resultados de farmacología clínica – para probar seguridad y eficacia -, sino también de su impacto económico”. Financial Times, 1994 en Katz, Jorge y Miranda, Ernesto; Op. Cit.

²⁵ Se trata de representantes de los laboratorios que poseen patentes sobre especialidades medicinales, las asociaciones de consumidores y usuarios de medicamentos, las obras sociales, los médicos y las farmacias.

²⁶ Son fármacos registrados y comercializados por un laboratorio innovador que realizó, en su momento, la investigación y desarrollo (I+D). En la actualidad, un tercero que quiera hacer uso del desarrollo debe pagar una patente que compensa la inversión económica hecha por el laboratorio innovador; de manera que, durante el tiempo en el que persisten estos derechos, dicho laboratorio goza de total monopolio en su comercialización.

²⁷ Se trata del Farmacéutico / Mg. Pedro Cazes Camarero Jefe de la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas, del Farmacéutico Pedro Holcman Director Técnico del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Municipalidad de Hurlingham, que funciona en el Hospital San Bernardino de esa localidad, de la Farmacéutica Lucila Pats y del Sr. Claudio Padrón, Directora Técnica y Administrador respectivamente de ELMETEC dependiente de la Universidad Tecnológica Nacional.

consecuencia son destinatarios mayoritariamente de los requerimientos en materia de salud de esta última.

En tanto que el Hospital Posadas tiene una historia prolongada de entrega gratuita de medicamentos a los pacientes internados y ambulatorios, el Laboratorio de Hurlingham y ELMETEC son de reciente creación. El Hospital Posadas fue construido durante la Primera Etapa Peronista y se inauguró durante el gobierno de la autodenominada “Revolución Libertadora” en 1956. A partir de la crisis de diciembre de 2001 está administrado autogestivamente²⁸. La producción de medicamentos propiamente dicha comenzó a realizarse en la década de 1980. Inicialmente, fabricaban productos clásicos de uso externo dermatológico y paulatinamente fueron introduciendo la elaboración de otras especialidades medicinales²⁹ hasta llegar a las 150 fórmulas de uso externo y de uso interno que hacen hoy en día.

El Laboratorio de Hurlingham se inauguró el 14 de febrero de 2003 y el proyecto de creación del mismo surgió a partir de los sucesos de diciembre de 2001. Momento en el que tuvo lugar la crisis del proyecto de país que se había impuesto desde hacía algo más de un cuarto de siglo en Argentina y que derivó en un estallido social de gran magnitud. En ese contexto, el laboratorio provincial que los proveía interrumpió los envíos de medicamentos y los laboratorios privados no les vendían o pedían precios distorsionados. Comenzó produciendo cinco medicamentos y ya en el 2004 elaboraba 16 productos³⁰.

Por su parte, ELMETEC surgió como un proyecto del rectorado de la Universidad Tecnológica Nacional con el objetivo de elaborar y suministrar medicamentos para la comunidad a costos sustancialmente más económicos que los del mercado a través de convenios con los distintos municipios y de la venta de su producción a instituciones comprometidas con un mejor acceso a los remedios por parte de los población más necesitada. El laboratorio se construyó con fondos del rectorado de

²⁸ Básicamente los hospitales de autogestión disponen del manejo de sus propios recursos monetarios. Esto les otorga mayor flexibilidad que el sistema de compras centralizadas. No existe una normativa exacta, por eso hay una iniciativa de sanción de una ley que encuadre legalmente el mencionado funcionamiento del Hospital Posadas.

²⁹ Entre ellos jarabes, diferentes tipos de comprimidos y gotas.

la UTN. Fue habilitado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en el año 2000 y en el orden nacional por el ANMAT durante el 2001. Inicialmente, fabricaba cuatro productos. En abril del 2003, luego de un cambio de autoridades, se le dio nuevo impulso al laboratorio y actualmente fabrica ocho especialidades medicinales y cuenta con once más en vías de aprobación. Desde ese momento la responsabilidad se encuentra compartida entre el coordinador administrativo y una farmacéutica a cargo de la dirección técnica.

En el hospital y en el Laboratorio de Hurlingham la producción pública significa un considerable ahorro presupuestario. Tomando un ejemplo extremo, en el Posadas, las soluciones de nutrición parenteral³¹, cuyo valor en el mercado es de \$300 por dosis se preparan a un costo de \$80 por dosis; aunque el promedio de costos de la totalidad de los medicamentos producidos es de aproximadamente entre una vez y media, y dos veces más barato respecto de los precios de plaza. En el Laboratorio de Hurlingham la diferencia de precios entre la producción propia y la comprada en el mercado es de hasta un 20 % menos. Respecto de ELMETEC los medicamentos producidos por él tienen un valor de venta en el mercado de un 20 % menos que los de los laboratorios privados.

En cuanto a maquinarias, en términos generales, los dos hospitales cuentan con una tecnología de mediados de los '50 en adelante. En el Posadas el control de calidad se hace con máquinas propias para este cometido: se trata de un cromatógrafo de la década de 1990. A diferencia de esto, en el Laboratorio de Hurlingham el control de calidad está tercerizado, el mismo se realiza en el Laboratorio Central de la Provincia de Buenos Aires³². ELMETEC sólo cuenta con tecnología para elaborar comprimidos por compresión directa. Pero, posee instalaciones que con equipamiento específico le permitirían hacer líquidos y sólidos. En cuanto al control de calidad, al igual que en el caso de Hurlingham está tercerizado, lo realiza el Colegio de Farmacéuticos de la Ciudad de Buenos Aires.

³⁰ Entre ellos diferentes tipos de comprimidos, soluciones y suspensiones.

³¹ Se trata de soluciones inyectables para los pacientes más graves.

³² Este laboratorio es una importante institución donde se producen medicamentos, cuyo destino principal es el sistema de salud pública.

En su conjunto, la farmacia del Hospital Posadas emplea 64 personas, de las cuales más de la mitad corresponden al laboratorio. Además de contar con técnicos y auxiliares de farmacia tienen cierta cantidad de estudiantes que provienen de dos cursos oficiales que ellos mismos dictan³³. Esto da cuenta de una función paralela, y al mismo tiempo, convergente de formación de recursos humanos y de recuperación de la tradición docente de los Hospitales Públicos. En cambio, en Hurlingham el laboratorio es de pequeñas dimensiones; razón por la que la cantidad de empleados es sustancialmente menor y asciende a 7 en total. Entre los cuales se encuentran el Director Técnico, dos técnicos mecánicos, dos técnicos químicos, un empleado administrativo y una operaria. Algo similar sucede con ELMETEC, pues cuenta con 5 empleados estables. Una Directora Técnica, dos operarios, una persona encargada de la preservación de la higiene del lugar y un coordinador administrativo. Además, tiene personal de mantenimiento externo. Sin embargo, nuestra entrevistada manifestó que hay ocasiones en las que necesitarían más cantidad de empleados.

El Laboratorio de Hurlingham tiene una asesoría externa que proviene del Laboratorio de Producción Pública de medicamentos instalado en la ciudad de Bragado en la Provincia de Buenos Aires. De alguna manera en similar sentido, el Hospital Posadas suele consultar a la Cátedra de Farmacotecnia de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA. Esta vinculación con esa facultad se articula también por medio de otras dos formas. Un acuerdo para la formación de recursos humanos a través de pasantías de las cuales participan jóvenes que están finalizando la carrera de Farmacia, por un lado; y por otro, un convenio a partir del cual ocho farmacéuticos clínicos trabajan llevando los datos de las monodosis que se requieren en las salas. Garantizando, así, que el paciente reciba su medicación; uno de ellos está orientado hacia el laboratorio de producción. Además, tienen un convenio experimental piloto con la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Medicina de la UBA que hace trabajo solidario con Centros Periféricos de Salud de la Capital Federal y del Gran Buenos Aires. La Cátedra los provee gratuitamente de insumos y a cambio el Hospital devuelve medicamentos

³³ Son los cursos de Auxiliar de Farmacia y Técnico en Farmacia que están validados por el

terminados. Últimamente han recibido una serie de propuestas en sentido similar que todavía no han contestado de parte de varias municipalidades de la Provincia de Buenos Aires. Por su parte, el Laboratorio de Hurlingham sí tiene en marcha algunos convenios con jurisdicciones como Malvinas Argentinas y Moreno, entre otras. En lo que se refiere a ELMETEC tiene un acuerdo con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires por el cual el Laboratorio Central de la provincia los provee de insumos para que les fabriquen una serie de medicamentos. Luego, dicho Laboratorio los distribuye a los municipios. Además, le han propuesto al rectorado de la UTN del cual dependen establecer convenios de pasantías con otras universidades.

En materia de regulación, el ANMAT³⁴ ha establecido una serie de normas de trabajo, denominadas de buena práctica de manufactura (GMP), que reglan el funcionamiento del sector farmacéutico y tienden a alinearse con las normativas de las autoridades estadounidenses y europeas. En este sentido, en el Laboratorio de Hurlingham manifiestan que reúne los requisitos operativos y de seguridad solicitados. En cambio, en el Hospital Posadas están tratando de acercarse a dichas normas, las dificultades expresadas se centran sobre todo en la parte edilicia. Respecto de ELMETEC, nuestros entrevistados afirman que de tener más presupuesto y personal especializado podrían cumplir sin dificultades con esas normas. En este aspecto, es necesario destacar que hasta hace algún tiempo el ANMAT no tenía normas para la producción pública de medicamentos, recientemente comenzó a incorporarlas; si bien no difieren de las que se le exigen a los laboratorios privados uno de nuestros entrevistados manifestó que hay mayor tolerancia. Esto significa que en vez de solicitarles las más avanzadas les exigen unas intermedias. En lo que a calidad respecta, las normativas son iguales a las que rigen para los productores privados.

Los laboratorios privados nucleados en CAEME, CILFA y COOPERALA expresaron su oposición a la sanción de la ley de genéricos. Desde una

Ministerio de Educación de la Nación.

³⁴ ANMAT – Institución creada en los noventa en reemplazo del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología. Se ocupa de la regulación de medicamentos, alimentos y tecnología médica y es, por lo tanto el órgano de contralor del sector.

perspectiva similar, sostienen que en Argentina no hay estudios de bioequivalencia, utilizando dicho argumento para objetar también la producción pública de medicamentos. Sin embargo, según lo manifestado por nuestro entrevistado en el Hospital Posadas, en el país recién están comenzando este tipo de estudios tanto para los grandes laboratorios y las pymes del sector como para la producción pública. El ANMAT exige que se realice un estudio de biodisponibilidad comparada de los productos que tienen la ventana terapéutica más estrecha³⁵, porque son los de mayor interés farmacológico en relación a la bioequivalencia. En ellos es importante determinar la ausencia de efectos adversos por ineficacia o por intoxicación. Respecto a esto, el entrevistado sostiene que en la mayoría de las instituciones que realizan producción pública no se elaboran remedios de ventana terapéutica estrecha, y en los que hacen este tipo de productos se estaría en condiciones de ajustarse a la norma. Ejemplo de esto es el Hospital Posadas.

La población que atienden mayoritariamente los hospitales corresponde a sectores en situación de vulnerabilidad. Según datos obtenidos en el Hospital Posadas, con anterioridad al 2001 se atendían allí a pacientes de recursos escasos y que carecían de Obra Social. Posteriormente, la situación se vio agravada porque importantes sectores de la clase media quedaron fuera del sistema de seguridad social y sin posibilidad de pagar un servicio médico prepago. Esto coincide con la elevación de la tasa de desocupación y con el aumento del porcentaje de personas bajo la línea de pobreza más arriba destacado, que se amplía de manera más que considerable entre el 2001 y el 2003. Si bien este hospital es prestador de PAMI y de varias Obras Sociales, el 95 % de la actividad se realiza en forma gratuita. Criterio que se inscribe según lo manifestado por nuestra fuente en las ideas de Ramón Carrillo y que resume de la siguiente manera: “(...) todo el que se acerca a hacerse curar al hospital es aceptado y se lo cura, *un servicio público, gratuito*”. Recordemos, entonces, que el ideario de quién fuera el primer

³⁵ Los remedios suelen tener lo que se denomina efectos adversos. Éstos pueden ser de dos tipos: por intoxicación o por ineficacia. En relación a lo primero, el remedio tiene cierta capacidad tóxica. En muchos casos tiene muy cerca la dosis eficaz de la dosis tóxica. Estos son los que se llaman de ventana terapéutica estrecha. Los efectos adversos que ellos producen son muy peligrosos. En cuanto a los segundos, son remedios que no cumplen con los efectos esperados.

Ministerio de Salud Pública de la Nación³⁶ se desarrolló en el contexto del reconocimiento de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, por parte del Estado y tenía como objetivo general la lucha contra los factores sociales de la enfermedad. La medicina social que Carrillo puso en funcionamiento intentaba transformar las instituciones de salud y quebrar el modelo médico hegemónico de carácter positivista, imperante hasta ese momento. Dicho modelo había dicotomizado el proceso salud – enfermedad, reduciéndolo a un fenómeno biológico individual. Sin embargo, la aplicación de este criterio en un contexto marcadamente diferente al que se desarrollaba en la segunda mitad de la década de 1940, implica encontrarse con los límites que impone la propia realidad.

Actualmente, la farmacia del Hospital Posadas atiende alrededor de 2000 recetas diarias y esto representa un aumento significativo de la demanda respecto del 2001. En la práctica, según datos suministrados en el lugar se rechazan una de cada dos recetas de pacientes ambulatorios. La capacidad de producción tiene un techo, desde la perspectiva del entrevistado éste podría modificarse a partir del mejor aprovechamiento de la infraestructura, o duplicando el horario de trabajo y elevando la cantidad de trabajadores, además de aumentar los insumos. Este planteo considera exclusivamente una forma de crecimiento extensiva y es posible que esto se deba a que la producción se realiza en un marco de recursos limitados en la que los insumos³⁷ son un problema muy crítico.

De igual manera, en la farmacia del Hospital de Hurlingham también se registró una elevación de la demanda. A partir de la información brindada por el Director Técnico del Laboratorio pasaron de atender de 100 a 700 recetas diarias entre el 2001 y el 2004. No obstante, en contraposición con el caso del Posadas, la disponibilidad de insumos no parece representar un problema en el discurso de quien dirige el laboratorio. En este sentido, nuestro entrevistado manifestó que atendían la totalidad de las recetas sin registrarse rechazo alguno.

³⁶ Ramón Carrillo fue primero Secretario y luego Ministro de Salud pública de la nación en el marco de la Primera Etapa Peronista.

³⁷ Dentro de ellos es dable destacar que la mayoría de las drogas que se utilizan en la elaboración de medicamentos en Argentina se importan. En la actualidad hay una presencia importante de las producidas en diferentes lugares del Asia.

Por otro lado, en ELMETEC nos informaron que están participando de una Red de Laboratorios de Producción Pública organizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que tiene reuniones periódicas y de la que también forman parte la farmacia del Hospital Posadas y el Laboratorio de Hurlingham. Una de las propuestas es la posibilidad de hacer compras conjuntas de insumos para obtener mejores precios y así reducir costos. Sin embargo, según la impresión de uno de nuestros entrevistados, sólo unos cuatro laboratorios tendrían verdadero interés en el funcionamiento de esta red.

De lo expresado hasta aquí surge claramente que el caso de Hurlingham se constituye en una respuesta social al impacto producido ante la profundización de la crisis, que ELMETEC aparece en un escenario previo a dicha profundización; y que el caso del Hospital Posadas se va moldeando en el desarrollo del proceso, cuyo punto culminante en materia de conflictividad es la propia crisis. Desde esta perspectiva de análisis, este último reproduce el desequilibrio estructural que como ya se ha mencionado viene operándose en la salud pública argentina desde hace casi treinta años. Situación que se evidencia en el defasaje entre la ampliación de la demanda de medicamentos y una oferta insuficiente.

De los tres discursos incluidos, sólo el del Jefe de la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Posadas logra recuperar la cuestión social como una problemática anclada en situaciones muy anteriores. Se hace evidente que en los ejemplos presentados el elemento común está directamente vinculado a la respuesta que la propia sociedad genera ante el desgaste de un modelo hegemónico. Sin embargo, la sociedad en su conjunto suele percibir la dimensión y el alcance de los procesos socio - históricos cuando estos ya se han hecho totalmente visibles. En los casos que nos convocan, cuando el quiebre ya se ha producido y la emergencia de nuevos actores es un hecho.

Reflexiones Finales

Nuestro punto de partida fue la pregunta por el papel socialmente desempeñado por dos hospitales públicos y una universidad nacional en lo que se refiere a producción pública de medicamentos en el marco de la emergencia sanitaria.

Como hemos puesto de manifiesto en las páginas anteriores los medicamentos son una mercancía diferente del resto, pues constituyen un bien social. Desde esta perspectiva, la existencia de un marco regulatorio estatal que garantice la llegada a la población de remedios a un costo razonable, no es menor. Ante la ausencia de este tipo de regulación y el deterioro creciente de las condiciones de vida de las personas, se pusieron en marcha algunas acciones racionales para tratar de modificar la realidad. De allí la necesidad de jerarquizar el rol de los actores y sus estrategias. La reorganización de las actividades perturbadas por los desequilibrios económicos que estos actores llevan a cabo con sus propios recursos, es expresión de nuevos compromisos sociales³⁸. No obstante, la frágil articulación de las instituciones antes mencionadas no pueden generar un impacto decisivo en términos de inclusión social.

A este respecto el Estado debería cumplir un papel fundamental. Una de nuestras fuentes se manifestó en este sentido, ponderando favorablemente las acciones del Estado en Brasil. Este país se encuadró en la resolución adoptada por la asamblea de la OMS que pide a los países “adaptar sus legislaciones para aprovechar la flexibilidad contenida en el Acuerdo sobre Propiedad Intelectual y Comercio”. Esto significa que por razones de emergencia sanitaria, un país puede fabricar por su cuenta medicamentos ya patentados o importar copias de medicamentos patentados de países que los produzcan más baratos. El caso de Brasil demuestra que si un país tiene suficiente capacidad instalada para producir medicamentos, puede negociar precios en condiciones más favorables. De hecho, logró que el laboratorio Roche bajara en más del 50 por ciento el precio de un antiviral, sin necesidad de fabricarlo.

Asimismo, desde la perspectiva de uno de nuestros entrevistados lo destacable de las acciones llevadas adelante en Brasil es que el Estado se haya convertido en oferente de medicamentos en el mercado. Se lanzó al mismo con precios

³⁸ Defourny; Jacques, Op. Cit.

relativamente altos como para obtener un margen razonable y al mismo tiempo, lo suficientemente bajos como para provocar una presión bajista en el precio final de los medicamentos que producen los laboratorios privados. Agregó, también, que estos precios son absurdamente altos debido a que se fijan en el marco de un mercado oligopólico.

Si bien el Estado argentino fabrica una cantidad no desdeñable de medicamentos, no ha puesto en práctica acciones de coordinación y planificación como las descritas anteriormente. Desde la perspectiva del entrevistado en nuestro país la demanda no está totalmente dispersa, pues existen ciertos grandes compradores que podrían ejercer un rol oligopsónico³⁹ y aprovechar, así, su capacidad de gran comprador para fijar los precios en un nivel razonable. Esto se plantea, entonces, como un camino posible ha transitar en el futuro desde la función estatal.

Por el momento, el intento del Estado provincial en Buenos Aires por desarrollar acciones conjuntas a partir de la Red de Laboratorios de Producción Pública se encuentra limitado por una serie de factores. Entre ellos encontramos cuestiones relativas a la propia conformación de la red y elementos exógenos. Respecto de las primeras, ella se ha constituido de arriba hacia abajo. Es decir, no desde una necesidad de las instituciones que hacen producción pública, sino a partir de una iniciativa de la autoridad provincial. En relación al segundo punto, la red se encuentra atravesada por los intereses particulares de diversos sectores políticos, que se suma a la existencia de una autoridad regulatoria débil y un mercado de competencia imperfecta.

Estas particularidades restringen el impacto que potencialmente podría tener una en red. Pues, lo interesante de estas experiencias es su flexibilidad en términos organizacionales y la posibilidad de trascender lo local, generando redes extra territoriales que permitan la coordinación de capacidades que se articulan en un proceso de profundización de relaciones solidarias entre las instituciones que colaboren en la reconstrucción del tejido social, en el que el aspecto de la salud es central.

³⁹ En Argentina, esta función podría ser ejercida por PAMI.

Bibliografía.

Barbero, María Inés y Rocchi, Fernando “Cultura, Sociedad, Economía y Nuevos Sujetos de la Historia: Empresas y Consumidores” en Bragoni, Beatriz (comp.) Microanálisis. Ensayos de historiografía argentina, Prometeo, Buenos Aires, en prensa.

Barbero, María Inés Argentina during the 1990s, Mimeo, Buenos Aires, 2002.

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

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

Cavarozzi, Marcelo Autoritarismo y Democracia, editorial EUDEBA, Buenos Aires, 2000.

Defourny, Jacques “Orígenes, contextos y funciones de un tercer gran sector” en Vuotto, Mirta (comp.) Economía Social. Precisiones conceptuales y algunas experiencias históricas. Ed. Altamira, Bs. As., 2003.

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

INDEC. Informe de Prensa/ Encuesta Permanente de Hogares, Buenos Aires, 27 de julio de 2000.

INDEC. La Industria Farmacéutica en Argentina/ Informe de Prensa, Buenos Aires, 30/12/02; 1/4/03; 17/6/03; 16/9/03; 30/12/03; 17/3/04; 28/5/04; 11/3/05.

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

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

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

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

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

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

Lipovich, Pedro “El ministro de salud analiza la flamante ley sobre genéricos” en Diario **Página 12**, 30 de agosto de 2002.

Muñoz, Alberto y Katz, Jorge Organización del Sector Salud: puja distributiva y equidad, CEAL/CEPAL, Buenos Aires, 1998.

Porcel, Gustavo Modelo neoliberal, medicamentos y política. Mimeo, Buenos Aires, 2001.

Santoro, Mabel B. ¿Qué es un genérico?, Instituto Universitario, ISALUD, 2002.

Tobar, Federico ¿Cuánto gastamos los argentinos en medicamentos? Instituto Universitario, ISALUD, 2001.

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

Entrevistas

Entrevista al Farmacéutico / Mg. Pedro Cazes Camarero Jefe de la Sección Laboratorio del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional Alejandro Posadas -

Entrevista al Farmacéutico Pedro Holcman Director Técnico del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Municipalidad de Hurlingham, que funciona en el Hospital San Bernardino de esa localidad -

Entrevista a la Farmacéutica Lucila Pats y al Sr. Claudio Padrón Directora Técnica y Administrador, de ELMETEC/ UTN, respectivamente.