

**OBSERVATORIO DE ECONOMÍA POLÍTICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (U.B.A)**



**La Industria Farmacéutica en Argentina.**  
**Salud pública, complejo científico-tecnológico y**  
**desarrollo industrial.**

María Sol González Scheffer

DNI: 35245843

[mariasol.gs@gmail.com](mailto:mariasol.gs@gmail.com)

## 1-Introducción

En el presente informe nos proponemos explorar el desarrollo de la industria farmacéutica argentina (de capitales extranjeros, nacionales y públicos) en el periodo 2003-2015. El dinamismo de dicho sector desarrollado en la última década del siglo pasado y la primera del presente, nos impulsa a ahondar en su rol en la economía argentina. Adquiere aún mayor relevancia, no sólo económica sino también social, atravesar el análisis con la perspectiva de la salud como un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado para el conjunto de la población. Se entiende que los medicamentos y el acceso a la salud sean tratados como *bienes meritorios*, como elementos que condicionan de manera relevante el bienestar individual y colectivo. Su disponibilidad adecuada para el conjunto de la población, con independencia de su nivel de ingreso, constituye una responsabilidad social cuyo cumplimiento interpela a las políticas públicas (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2015).

En tal sentido el objetivo principal del presente artículo es analizar el perfil de la industria farmacéutica argentina en el periodo consignado y el potencial de la producción pública por su importancia en torno a las condiciones de salud de la sociedad. Como objetivos adicionales perseguiremos reflexionar en función del carácter deficitario de la balanza comercial en el sector y plantear posibilidades y dificultades en torno a un posible esquema de progresiva sustitución de importaciones. Así mismo analizar el complejo entramado respecto del vínculo entre las instituciones de investigación, los laboratorios, el Estado, y el sistema de salud en función de tornar viable una política estatal efectiva para el acceso universal al sistema de salud y a los medicamentos. Por último, proponemos un primer acercamiento en torno a las características de la biofarmacéutica en Argentina, en función de su potencial en el desarrollo científico-tecnológico e industrial, y en la perspectiva de fortalecimiento de la salud pública.

## 2-El sistema de salud en la Argentina. El impacto de las dinámicas del sector farmacéutico desde la perspectiva de la salud como bien meritario.

El sistema de salud de la Argentina está fundamentalmente orientado hacia la atención médica reparativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. Asimismo, en la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó la estrategia de la atención primaria de salud, se organizó como "programas" del primer nivel de atención (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2010). Una de las principales características de dicho sistema es su fuerte descentralización y fragmentación. La bibliografía especializada lo describe como un rasgo común en la mayoría de los países de la región, siendo muy débiles los mecanismos de coordinación entre municipios y provincias, desaprovechando los potenciales beneficios de escala, y conduciendo a una ineficiencia en la asignación de recursos.

El sistema de salud en la Argentina es heredero de un modelo de estado de bienestar que construyó su estructura de protección social en el supuesto de una situación ideal de pleno empleo "formal" en la cual la protección social se consolidaría con prestaciones progresivas a la fuerza laboral. A la vez, la consolidación y expansión de las obras sociales se convirtió en el articulador del desarrollo de toda la actividad privada relacionada con la salud, orientando su demanda a prestadores privados de servicios de salud tales como las empresas farmacéuticas y las productoras de equipamiento médico.

A grandes rasgos está formado por el sistema público abierto a todos los habitantes del país, extranjeros e inmigrantes. Esta no es una característica usual en los países de la región, con excepción de aquellos que tienen sistemas públicos como Brasil. Entre el 50% y el 60% de la población está cubierta por obras sociales nacionales, provinciales, de las FFAA, de

Seguridad y Universitarias. Estas instituciones son responsables de la cobertura de servicios de salud para los trabajadores y las trabajadoras formales activos, monotributistas, pasivos y sus grupos familiares. Existe también PAMI para la cobertura de jubilados y pensionados. Las obras sociales fueron muy importantes en la Argentina, país con una importante tradición de sindicatos de trabajadores con fuerte poder y representación política, mayormente en manos de los sindicatos de cada rama de actividad, y fuera de la estructura del sector público. Por último, se encuentran las empresas de seguro privado o prepagas, cuya cobertura abarca aproximadamente al 9% de la población. La falta de coordinación entre el sector público y el subsistema de obras sociales, permite la existencia de subsidios cruzados entre sectores de la población con diferentes niveles de ingreso, ineficiencias de gestión y de asignación de recursos, profundizando la brecha de equidad entre distintos grupos poblacionales.

Las reformas del sistema de salud de la década de los '90 se realizaron para subsanar los conflictos financieros entre el Estado nacional y las provincias debido a que la Nación mostró en la década superávit fiscal mientras las provincias y municipios reflejaban déficit. Sin embargo, la misma acentuó el proceso de descentralización de los recursos sanitarios (económicos, humanos e institucionales) entre aquellas jurisdicciones.

Financiado con fondos públicos nacionales y provinciales, se observan brechas significativas en el origen de los recursos fiscales de las diversas jurisdicciones para el financiamiento del sistema sanitario, creando disputas por el uso de los mismos. Alrededor del 80% de los fondos provienen del Estado Nacional, mientras los gastos del ámbito nacional son la mitad de los totales. Por su parte, los recursos provinciales constituyen sólo el 18 % de los totales, mientras afrontan el 40% de los gastos en salud (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2010).

Por otra parte, el logro de “eficiencia”, entendido como el mejor uso posible de los fondos destinados a la provisión de salud, es muy difícil de estimar debido a la misma fragmentación de las instituciones que intervienen en las decisiones de políticas sanitaria (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2010). Como veremos más adelante, dicha fragmentación no tiene impacto sólo en relación al presupuesto sino, fundamentalmente, en la planificación de políticas de salud estatales, y particularmente de producción pública de medicamentos.

La trayectoria en la producción nacional de medicamentos puede vincularse con la política cambiaria de la década de 1990 en la Argentina. La convertibilidad facilita la apertura económica y la importación de productos farmacéuticos (como ocurrió en el sector privado del mismo modo), debilitando las posibilidades de sustitución de importaciones y erosionando en buena medida la capacidad local de producción.

La crisis del 2000 vuelve alarmante el estado sanitario del país. Para ese entonces más del 40% de la población depende exclusivamente de la cobertura pública, en un marco de déficit presupuestario severo.

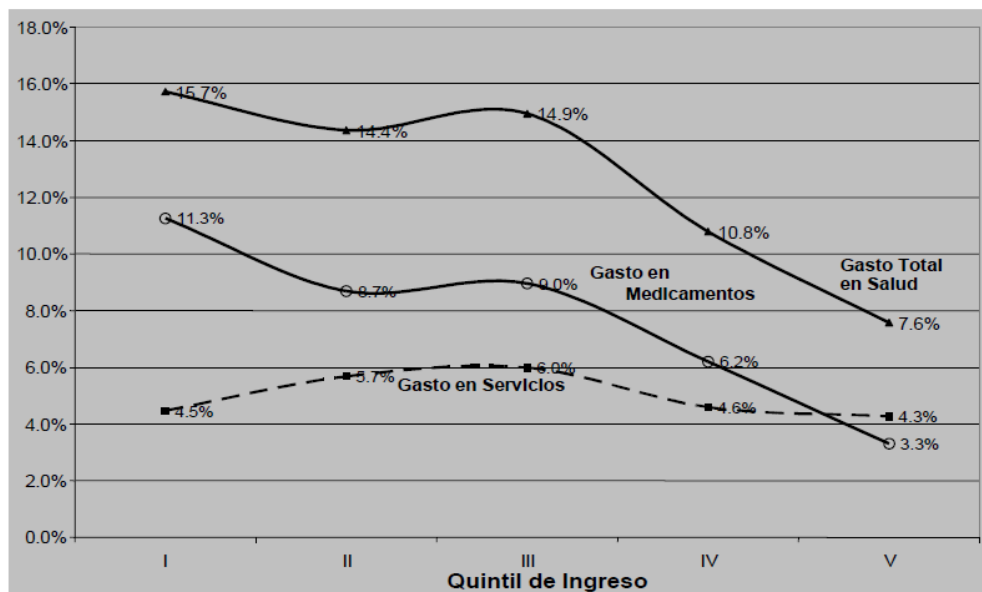
Durante los años críticos de finales de los noventa y principios del nuevo siglo, las limitaciones presupuestarias primero, y la salida de la convertibilidad posteriormente, provocaron profundos desafíos al sistema de salud argentino para abastecerse de los productos farmacéuticos necesarios para la atención de las demandas de la población. Ello generó el despliegue de una serie de acciones, algunas formales, tales como el lanzamiento del Programa Remediar o la llegada de la ley de prescripción por nombre genérico; y otras informales, como el desarrollo de un esquema de trueque o “clearing” de medicamentos entre hospitales (Crojethovic y Maceira, 2009).

Para ese entonces, la mitad del gasto de las familias se destinaba a la salud, porque su atención requería la compra de medicamentos y la adquisición de servicios no provistos por el sistema de salud. El desempleo y el empleo informal/precario afectó singularmente el acceso de la población a los servicios sanitarios. En ese contexto, el informe de la Organización Mundial de la Salud ubicó a la Argentina en 75 puesto del ranking de nivel de atención de la salud, muy por debajo de Chile, Costa Rica, Colombia y Paraguay y se refirió a la Argentina como “fracaso sanitario argentino” (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2010).

La desigualdad social se traslada de la distribución del ingreso a la distribución de la cobertura en salud, acentuándose a partir de los noventa y concentrándose en los sectores rurales e informal de la economía. En este marco, los problemas de equidad (garantizar el derecho a cuidados de salud a los grupos económicamente rezagados, y/o que no poseen seguros formales), constituyen un factor prioritario, que justifica la intervención estatal en el mercado farmacéutico. Hay bienes y servicios, como los vinculados a la salud, cuyo acceso debe estar garantizado a las personas, independientemente de su nivel de ingreso o condición social (Maceira, 2010).

Para el año 2003, se verifica que en Argentina un 15,7% de los ingresos de las familias pobres son destinados a gastos relacionados a la salud, en tanto este valor se reduce a 7,6% en los quintiles de altos ingresos. Para este año, el gasto en medicamentos constituye más de dos terceras partes del gasto de los más humildes. Mediciones posteriores muestran que el umbral de gasto se redujo hacia finales de la primera década del siglo XXI (Maceira, 2010b y Maceira, Apella y Barbieri, 2005).

### Incidencia del Gasto en Salud en el Ingreso Familiar



Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Salud de los Hogares, 2003

En la medida en que estos grupos poblacionales de menores recursos no cuentan con empleo formal o tienen estructuras de empleos flexibles o de tiempo parcial, encuentran que su pertenencia a alguna institución de seguridad social es escasa o nula, y, por tanto, los desembolsos pueden hacerse directamente. Esta estructura usual de gasto de bolsillo de los hogares justifica la definición de una estrategia estatal de financiamiento hacia la equidad. Esta perspectiva normalmente encuentra brechas no solo entre quintiles de ingreso, sino también, entre regiones dentro de un mismo país (Maceira, 2010).

El argumento de fundamentación teórica de este trabajo considera, en concordancia con la Organización Mundial de la Salud y la propia Constitución Nacional, a la salud como un derecho. En este marco, los medicamentos son bienes meritorios, cuya disponibilidad mejora

la calidad de vida de la población en general, y principalmente de aquella que no tiene otra cobertura que la pública (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2012).

Las actividades relacionadas con la salud son múltiples y diversas. Incluyen los métodos de atención de problemas de salud, la investigación médica y clínica asociada a la aparición, prevención y tratamiento de enfermedades y el desarrollo de nuevos métodos de detección y principios activos para combatirla. Como abordaremos más adelante, las actividades de investigación y desarrollo son fundamentales para la industria farmacéutica, sin embargo, al ser una práctica de alta incertidumbre y de duración imprevisible, prácticamente no son impulsadas en el país por el sector privado, sino sostenidas por el Estado.

*“Las actividades de I+D constituyen en la industria farmacéutica la herramienta fundamental en la competencia empresarial. La I+D estatal representa el conocimiento acumulado de toda la sociedad y constituye un bien social. Una política de apoyo a la producción e investigación de productos medicinales requiere que el Estado diseñe un programa coordinado entre todas las instituciones involucradas”*<sup>1</sup>. El impulso de la I+D desde el Estado es también fundamental en relación a la orientación de dichas investigaciones. La necesidad de medicamentos que ataquen enfermedades endémicas propias de la zona, muchas veces no retribuyen en abultadas ganancias a las firmas extranjeras, siendo fundamental su desarrollo local.

Desde la perspectiva del sector sanitario, el desarrollo farmacéutico constituye un insumo fundamental dentro de los sistemas que procuran la producción de bienes y servicios para

---

<sup>1</sup> Abrutzky, R., Godio, C., & Bramuglia, C. (2018). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. Anuario Centro De Estudios Económicos De La Empresa Y El Desarrollo, (9). Recuperado a partir de <http://ojs.econ.uba.ar/index.php/CEEED/article/view/1028>

mantener o restaurar la salud de la población. La intensidad de su participación, tanto en las estructuras de costos de prestadoras y aseguradoras públicas y privadas como en el gasto de bolsillo, es producto en cierta medida del modelo de atención sanitaria prevalente, y la identificación de garantía de derechos de la población como parte del papel desempeñado por el Estado. En la medida en que el sector farmacéutico refleja las necesidades de la población para mantener su salud, pero involucra intereses privados, requiere mecanismos de regulación y de defensa del usuario que faciliten el acceso de estos productos al conjunto de la sociedad (Maceira, 2010).

### 3-El perfil de la industria farmacéutica en la Argentina. Principales tendencias del sector 2003-2015.

Tanto a nivel internacional como nacional, la industria farmacéutica constituye un típico oligopolio dominado por grandes empresas nacionales y multinacionales, altamente dinámicas. Los datos censales de 1994 y 2003 muestran que alrededor del 80% del valor bruto de la industria se concentraba en las 10 principales empresas, mientras una década después las 8 empresas más grandes representaban el 90% del sector (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2015). La concentración se da en la producción, pero también en la distribución. Las 4 droguerías más grandes de las 445 existentes concentran el 70% y las 4 distribuidoras el 99% de la distribución de medicamentos. En cambio, la venta de fármacos refleja una mayor atomización estimándose la existencia de unas 30000 farmacias. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Estimaciones realizadas por Abrutzky, Bramuglia, Godio (2015) basadas en datos de la Unión Industrial Argentina (UIA), CILFA en base a información elaborada por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y las consultoras Business Trends y Espicom.

La década de 1990 estuvo caracterizada por numerosas alianzas, fusiones y adquisiciones que profundizaron el carácter concentrado e internacionalizado de dicha rama industrial. Este proceso fue acompañado por un importante dinamismo del desarrollo farmacéutico a nivel internacional, de la mano de la implementación de avances científicos y tecnológicos, y la aparición de nuevas drogas. Ya durante la primera década del presente siglo, los rankings situaban a la industria farmacéutica como de las más rentables del planeta. En el período 2003-2012, las ventas mundiales de medicamentos crecieron a una tasa anual promedio del 7,5%, alcanzando en 2012 los 962 miles de millones de dólares. La concentración no fue un proceso exclusivamente local sino internacional. Las primeras 20 corporaciones concentran un 60% de las ventas del sector a nivel mundial en 2012. América del Norte y Europa constituyen los principales mercados (representan cerca del 60% de las ventas), si bien en los últimos años han perdido peso en mano de los países «farmaemergentes» (China, Brasil, Rusia, India, Argentina, entre otros).<sup>3</sup>

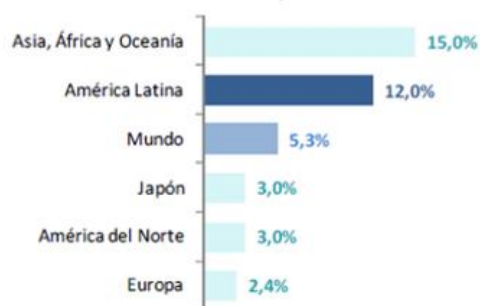
América Latina representa el 8% del mercado farmacéutico mundial. Junto con Asia, África y Oceanía presentan un crecimiento de las ventas por encima de la media global que, entre otros factores, podría explicarse por el crecimiento de sus respectivos Producto Bruto Interno (PBI), reflejado en mayor capacidad de consumo, así como en el avance de enfoques que ponderan la medicalización.

---

<sup>3</sup> Complejo Farmacéutico. Serie “Complejos productivos”. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015.

### Comparación de la tasa de crecimiento anual de las ventas de América Latina y el resto del mundo

Período 2007-2012, en %



Complejo Farmacéutico. Serie "Complejos productivos". Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015. Con base IMS Health.

La balanza comercial de la región es estructuralmente deficitaria en el sector farmacéutico (excepto en Cuba). Entre 2000 y 2012 las importaciones de América Latina crecieron levemente por encima de las ventas (10,1% vs. 9,6%). Las exportaciones fueron impulsadas fundamentalmente por Brasil y México y, en menor medida, por Argentina. Por otro lado, EE. UU. y los países de la región fueron los principales destinos de los medicamentos mientras que los países desarrollados lo fueron de los principios activos. Las consecuencias que tiene para la economía argentina el carácter deficitario de la balanza comercial de la industria farmacéutica son muy importantes, motivo por el cual desarrollaremos este aspecto en un apartado específico del presente artículo.

La industria farmacéutica argentina se conforma por 250 empresas, incluyendo tanto a las que producen en el país como a las que importan medicamentos terminados o semiterminados para luego comercializarlos. Existen 110 plantas industriales de las cuales 93 son de capital

nacional<sup>4</sup>. Los veinte laboratorios que más facturan representan el 80% de las ventas totales del mercado. Ocho de esos veinte son de capital nacional.

### Laboratorios de mayor facturación

En millones de pesos y origen del capital

Pos.	Nombre	2012	2011	Var. (%)	Origen del capital
1	Bayer	2.734	2.435	12,3	Alemania
2	Roemmers	2.039	1.707	19,5	Argentina
3	Productos Roche	1.800	1.634	10,2	Suiza
4	Laboratorios Bagó	1.570	1.212	29,5	Argentina
5	Laboratorios Abbott	1.500	1.228	22,2	EE. UU.
6	Laboratorios Elea	1.392	703	98,0	Argentina
7	Gador	1.380	1.067	29,3	Argentina
8	Novartis Argentina	1.255	1.026	22,3	Suiza
9	Glaxo Smithkline Argentina	1.226	945	29,7	Reino Unido
10	Laboratorios Raffo	1.143	831	37,6	Argentina
11	Sanofi Aventis	801	622	28,8	Francia
12	Novo Nordisk Pharma Argentina	645	523	23,3	Dinamarca
13	Boehringer Ingelheim	625	505	23,8	Alemania
14	Janssen Cilag	585	344	70,1	EE. UU.
15	Laboratorios Andrómaco	581	458	26,9	Argentina
16	Ivax	580	482	20,3	Israel
17	Laboratorios Casasco	575	320	79,7	Argentina
18	Biogénesis-Bago	570	450	26,7	Argentina
19	Pfizer	540	464	16,4	EE. UU.
20	Laboratorios Phoenix	525	459	14,4	Reino Unido

Fuente: Complejo Farmacéutico. Serie "Complejos productivos". Secretaría de Política Económica Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015. Con base en la Revista Mercado.

Estamos ante una industria relativamente poco utilizadora de mano de obra. Los costos laborales en la etapa de producción tienen una baja importancia relativa, rasgo estructural que comparte con países de mayor desarrollo relativo. Dicho costo explica menos del 10% del valor de las ventas, siendo mucho más relevante la incidencia de los costos laborales de administración y distribución (Katz, 1974). El sector explica 3,1% del empleo asalariado registrado en la industria manufacturera (año 2013). Ocupa fuerza de trabajo calificada, con

<sup>4</sup> Complejo Farmacéutico. Serie "Complejos productivos". Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015.

niveles salariales superiores al promedio de la economía y elevada tasa de registraci3n, superior a la media del empleo industrial<sup>5</sup>.

La producci3n estatal representa alrededor del 15% de la industria farmac3utica en el pa3s. Las diferencias en las caracter3sticas institucionales, administrativas y en la capacidad de producci3n dificultan tener una mirada homog3nea sobre el sector p3blico. Lo componen, a grandes rasgos, 37 unidades de producci3n de medicamentos y vacunas, y 10 farmacias hospitalarias, ya sea de jurisdicci3n nacional, provincial o municipal. Como desarrollaremos m3s adelante, aunque cuantitativamente no tiene un peso significativo, en t3rminos distributivos tiene una incidencia positiva muy importante en la calidad de vida de la poblaci3n argentina.

En la industria farmac3utica las grandes innovaciones se realizan en los pa3ses desarrollados (en el caso de las multinacionales, en sus casas matrices). En Argentina predominan los laboratorios no innovadores que elaboran medicamentos ya desarrollados anteriormente, los cuales suelen ser llamados, en la bibliograf3a especializada, medicamentos similares<sup>6</sup>. Dado el elevado riesgo en los procesos de investigaci3n y el prolongado tiempo que requiere la maduraci3n de ciertas investigaciones, el apoyo, planificaci3n y financiamiento estatal se vuelve estrat3gico. En una econom3a capitalista, en la cual el m3vil de las empresas es la b3squeda de mayores ganancias, algunas innovaciones necesarias para el tratamiento de

---

<sup>5</sup> Complejo Farmac3utico. Serie "Complejos productivos". Secretar3a de Pol3tica Econ3mica y Planificaci3n del Desarrollo. Ministerio de Econom3a y Finanzas P3blicas. Junio 2015.

<sup>6</sup> Medicamento similar: producto de caracter3sticas semejantes al medicamento innovador u original, comercializado luego de la expiraci3n de la patente. Tiene las mismas caracter3sticas en lo que respecta a principios activos, v3as de administraci3n, posolog3a, indicaciones, contraindicaciones, precauciones, advertencias, reacciones adversas, pruebas de disoluci3n, entre otras; pudiendo diferir en tama3o y forma, excipientes, per3odo de vida 3til, envase primario (disposici3n ANMAT N.º 3185/99).

epidemias y enfermedades propias de nuestra región, cuyo universo es relativamente pequeño, no son de interés para las empresas de capital privado.

El sector es intensivo en tecnología. El porcentaje de gastos en Investigación y Desarrollo (I+D) respecto a las ventas fue 7 veces mayor al promedio industrial. De todos modos, el nivel es bajo en relación a los países desarrollados.<sup>7</sup> En la Argentina ha sido el Estado el que históricamente ha invertido en actividades de investigación y desarrollo. El 70% del gasto total en I+D fue realizado por el sector público, según estimaciones del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva para el 2008.

La innovación básica es acotada a nivel local. No se han logrado desarrollar nuevas moléculas, aunque sí algunas innovaciones experimentales. En los laboratorios de capital nacional las innovaciones son fundamentalmente dos: nuevos medicamentos, con más de una acción terapéutica ya existente asociadas en un único producto, y medicamentos similares. Los laboratorios multinacionales concentran sus esfuerzos locales de innovación en el control de calidad y adaptaciones de desarrollos provenientes de sus casas matrices.

En 2010-2015 las compras del Ministerio de Salud se ubicaron entre los primeros rubros de compra gubernamental del Estado nacional. La demanda pública de medicamentos alcanzó el 8% del total de las ventas del sector farmacéutico. El incremento en las compras gubernamentales en el sector de la salud se originó fundamentalmente por el gran impulso a de los programas nacionales de vacunación que se desarrolló a partir de 2010. Se sumaron también compras públicas de medicamentos oncológicos y antirretrovirales, y la provisión

---

<sup>7</sup> Complejo Farmacéutico. Serie "Complejos productivos". Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015.

gratuita en hospitales públicos de medicamentos a pacientes de cáncer sin cobertura de salud. (Lavarello y Sarabia, 2015)

La importancia de este instrumento se vio reflejada en la evolución de las asignaciones presupuestarias del Ministerio de Salud. El presupuesto destinado al Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, sobre el que recae el cumplimiento del calendario de vacunación, creció abruptamente a partir del año 2011: de 1.125 millones de pesos entre 2006 y 2010, a 2.257 millones de pesos en 2011-2015. Dicho quiebre se refleja también en las cantidades de dosis previstas: mientras que en el primer período se estimaba la compra en 33,6 millones de dosis en promedio, entre 2011 y 2015 este número se ubicó en 48,1 millones (Guiñazú y Martínez, 2017).

Es el Estado el que funciona como uno de los principales consumidores de medicamentos, dado que los presupuestos de las diferentes jurisdicciones destinan fondos anualmente en su función de prevención y cuidado de la salud de la población atendiendo demandas de los hospitales y centros primarios de atención. El PAMI representa alrededor del 35% de la demanda de medicamentos y vacunas (Abrutzky, Godio, Bramuglia, 2018).

Con la ampliación de la cantidad de vacunas incluidas en el calendario oficial, algunos grupos locales se vieron impulsados a dar respuesta a dicha demanda, así como a la surgida de problemas epidemiológicos nacionales como fue la gripe A. De esta manera, a partir de 2010 surgió una nueva modalidad de alianza entre un grupo nacional y una empresa multinacional para la transferencia de tecnología. La empresa multinacional abastecía al mercado interno, en una primera fase con vacunas importadas, y simultáneamente transfería a las empresas

locales las capacidades productivas. Con apoyo financiero del MINCYT<sup>8</sup>, dicha experiencia ha permitido a grupos farmacéuticos locales contar con capacidades de formulación de productos biológicos en una escala de alcance regional o mundial, dependiendo de la droga (Lavarello y Minervini, 2015).

Las compras gubernamentales, preferentemente a laboratorios nacionales del área de la salud, son una de las acciones que mayor efecto tuvieron en la expansión de las capacidades productivas de la industria farmacéutica en el periodo 2010-2015. Estas políticas que permiten apoyar la generación de capacidades tecnológicas incipientes. Su continuidad en el tiempo es una de las condiciones clave para el desarrollo del sector (Gutman, Laverello, 2017). Articular estas estrategias con el crecimiento y consolidación de la producción pública, orientando los recursos nacionales al desarrollo tecnológico y productivo de la industria farmacéutica estatal, será fundamental en el marco de políticas de reducción de la desigualdad en el acceso a la salud de la población en Argentina. También tiene un enorme potencial en el marco de un modelo de crecimiento económico que valore el desarrollo tecnológico e industrial.

#### 4-La inserción temprana de la producción biofarmacéutica argentina. ¿Ventajas comparativas para un desarrollo industrializante y con potencialidad en la sustitución de importaciones? Su rol en la garantía de acceso a la salud.

La biotecnología es la utilización científica y tecnológica de organismos vivos o partes de ellos para producir bienes, servicios y conocimiento. La moderna biotecnología es producto

---

<sup>8</sup> Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación productiva.

de la aparición de la biología molecular y el descubrimiento de la estructura del Ácido Desoxirribonucleico (ADN).

La Argentina se insertó tempranamente en el desarrollo de moléculas biotecnológicas y lanzó ya hacia inicios de los años noventa sus primeros medicamentos biosimilares, muy poco tiempo después de su comercialización en los países desarrollados. Biodisus fue una de las empresas pioneras, cuyo rol la transformó en semillero de la primera generación de biotecnólogos con experiencia en la producción, los que posteriormente crearon un conjunto de nuevas empresas dedicadas a esta especialidad en la década de 2000.

Cuando las empresas argentinas entraron en el mercado como imitadoras tempranas de proteínas de la primera generación de biofarmacéuticos, las inversiones y los umbrales regulatorios no eran tan elevados como serían luego, al inicio la segunda década del 2000. Aquellas empresas se insertaron aprovechando el período inicial pre-paradigmático de difusión de las nuevas tecnologías, momento en que se requieren altos umbrales de conocimientos, pero aún no se afrontan altos requerimientos regulatorios ni de aprendizaje en la manufactura.

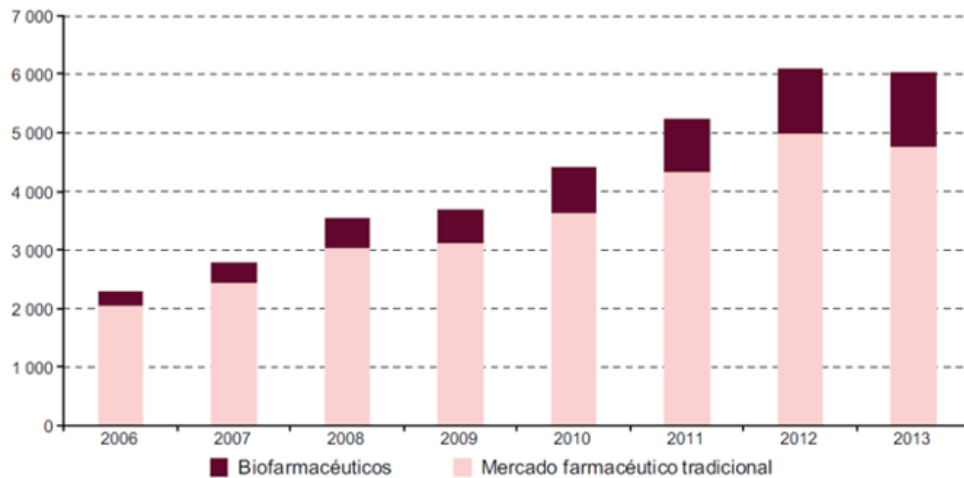
En este sentido, dicho desarrollo no habría sido posible sin un acumulado mínimo de oportunidades científicas y tecnológicas, incluidos niveles de formación universitaria de excelencia y profesionales altamente calificados en las disciplinas científicas asociadas con la biotecnología moderna. Instituciones como el Instituto Malbrán, la Fundación Campomar, la Fundación Instituto Leloir y el CONICET, fueron fundamentales para la producción de medicamentos, vacunas y otros productos relacionados con la salud humana. (Gutman, Laverello, 2017).

*“El paradigma biotecnológico presenta un conjunto de especificidades que sustentan las potencialidades de la biotecnología como difusora de la ciencia y la técnica. Se basa en una serie de atributos entre los que se cuentan la fuerte interpenetración entre ciencia y tecnología, una base científica multidisciplinaria en continua evolución, y su carácter de tecnología genérica y transversal con aplicaciones en una amplia gama de industrias y servicios” (Gutman, Laverello, 2017).*

En este contexto, la industria biofarmacéutica juega un rol central en la difusión intersectorial de conocimientos científicos y tecnológicos, a partir de las aplicaciones potenciales en otros sectores industriales de plataformas desarrolladas inicialmente para el sector de la salud humana. Nos referimos a nuevas tecnologías, sistemas de expresión, técnicas de procesos, kits de control de calidad o moléculas con posibles aplicaciones en diversos sectores, por ejemplo, salud animal, industrias de la alimentación, otros sectores industriales o la prestación de servicios. En este sentido es de destacar el carácter industrializante del sector biofarmacéutico cuya potencialidad, a diferencia de otros desarrollos, no reside en la incorporación de bienes de capital o insumos utilizados por otras actividades industriales, sino en el desarrollo de una base de conocimiento común con potencial de valorización en otras aplicaciones (Gutman, Laverello, 2017).

Según estimaciones preliminares, el mercado biológico y biofarmacéutico de la Argentina alcanzó en 2013 cerca de los 1.200 millones de dólares. El crecimiento de la participación en las ventas del sector en la Argentina, al igual que a nivel mundial, refleja la velocidad a la que los medicamentos biológicos y biotecnológicos se transformaron en un segmento clave para el desempeño futuro de la industria farmacéutica (Gutman, Laverello, 2017).

**Argentina: mercado farmacéutico total y de productos biofarmacéuticos, 2006-2013**  
(En millones de dólares)



Gutman, Lavarello (2017), sobre la base del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y Centro de Estudios Urbanos y Regionales / Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CEUR/CONICET). “Potencialidades económicas de la biotecnología en el sector salud en la Argentina”.

Como puede apreciarse en el gráfico, el segmento de productos biofarmacéuticos creció del 12% del mercado farmacéutico en 2005, al 27% en 2013. Desde una perspectiva de política industrial, tecnológica y de salud pública, la consolidación de esta evolución es de suma relevancia para el país.

*“Constituye un sector donde el acceso de la población a los medicamentos se encuentra amenazado por su elevado costo y donde la producción nacional puede dar lugar al desarrollo de significativas capacidades tecnológicas y productivas que concilien los objetivos sanitarios y de desarrollo industrial”* (Pita y Lucero, 2013).

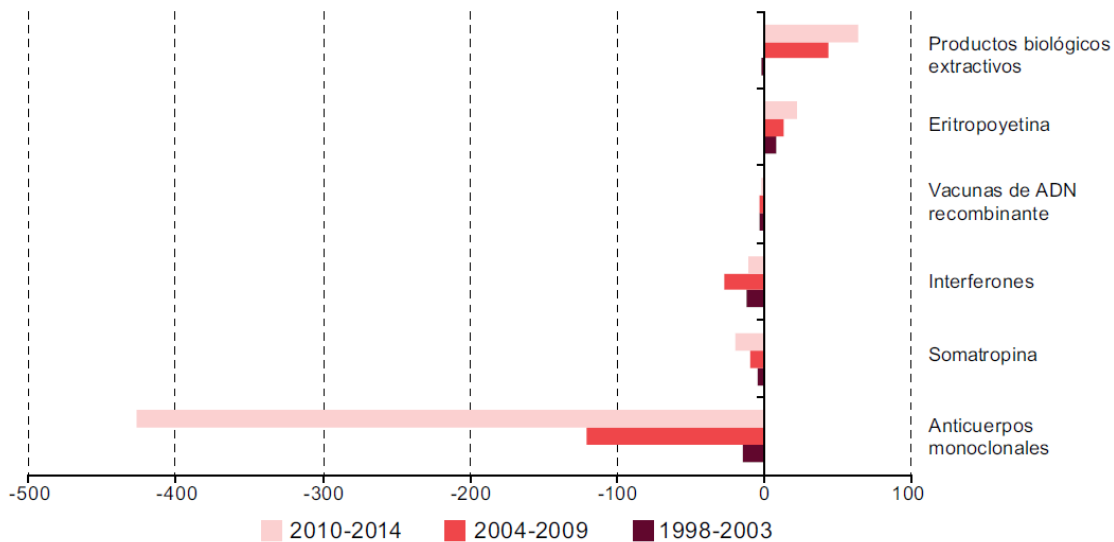
Del mercado de productos biofarmacéuticos en nuestro país, sólo el 24% se producen localmente. Dicha producción se concentra casi en su totalidad en firmas locales, que

elaboran productos biotecnológicos de primera generación y que, además, los exportan a otros países en América Latina y Asia.

Pese a las ventajas iniciales propias de su inserción temprana, la Argentina presentó en forma sistemática una inserción deficitaria, que se ha profundizado en la posconvertibilidad: mientras que el saldo comercial deficitario del conjunto de moléculas biotecnológicas era de 18 millones de dólares en 2003, superó los 463 millones de dólares diez años después. Este hecho se explica por el aumento del valor de las importaciones a un ritmo más acelerado que el de las exportaciones del período: las primeras crecieron a una tasa media anual del 25%, mientras que las segundas lo hicieron al 11% (Gutman, Laverello, 2017).

Si bien son varios los productos que registran un balance comercial negativo, son básicamente los anticuerpos monoclonales los que explican en mayor medida el resultado deficitario la balanza comercial del periodo 2010-2014 en este tipo de producción. No obstante, el carácter deficitario de las moléculas más complejas, existe un conjunto de moléculas biotecnológicas y biológicas donde la Argentina logró insertarse en los mercados mundiales y alcanza superávits crecientes desde mediados de los años noventa. Si bien se trata en todos los casos de moléculas de la primera generación de biotecnologías o de moléculas extractivas hoy ampliamente difundidas y con bajos márgenes de ganancias, estos resultados muestran que existe en el país potencial para sustituir las importaciones de moléculas biotecnológicas y para extender y consolidar la exportación de estos productos.

**Argentina: saldo comercial promedio por grupo de productos, 1998-2014**  
(En millones de dólares)



**Fuente:** P. Lavarello, E. Goldstein y F. Correa, “Potencial de sustitución de importaciones de la industria de biofármacos en Argentina: un análisis exploratorio”, documento presentado en el Sexto Congreso Anual de la Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina (AEDA), Buenos Aires, 19 y 20 de mayo de 2015, sobre la base de datos de la Dirección General de Aduanas (DGA).|

Las empresas multinacionales importan hasta un 96% de los productos biotecnológicos, dato que grafica, en parte, el nivel de responsabilidad que éstas tienen respecto del déficit comercial de estos productos; un porcentaje importante de esas importaciones corresponde a moléculas de segunda generación de biotecnologías y de vacunas biotecnológicas, no producidas en el país. Salvo algunas filiales, la mayoría de las multinacionales no producen medicamentos biotecnológicos en la Argentina. Como ya hemos sostenido, éstas concentran prácticamente la totalidad de desarrollo de I+D y elaboración de productos biotecnológicos fuera del país, justificando su presencia en el ámbito nacional en la búsqueda de mercado para insertar sus productos.

La I+D y la producción de moléculas biosimilares se concentran en un grupo reducido de empresas de capitales de origen nacional que, con trayectorias altamente heterogéneas, han logrado avanzar en la producción de biosimilares de primera generación. Éstas presentaron

un especial dinamismo entre el 2010 y el 2015 asociado, en gran medida, a una serie de programas públicos de fomento a empresas de base tecnológica. En 2014, las empresas biotecnológicas del sector de la salud humana comprendieron el 44% de todas las empresas biotecnológicas del país (Gutman y Lavarello, 2015).

En 2007 se sancionó la Ley 26.270 de Promoción del Desarrollo y Producción de Biotecnología Moderna, cuya reglamentación se efectivizó recién en enero de 2018. Ante ese vacío, las políticas desplegadas por el MINCYT y la compra pública de medicamentos se constituyeron como las únicas herramientas de apoyo al sector. En este marco se han impulsado diversos mecanismos de subsidios y créditos fiscales para la formación de empresas emergentes, que entre 2008 y 2015 fueron acompañados por nuevas líneas de apoyo selectivo a las actividades biotecnológicas, en gran medida absorbidas por proyectos biofarmacéuticos. Asimismo, se asistió a una reorientación de las medidas de compra gubernamental hacia el fomento de la sustitución de importaciones, y la transferencia tecnológica a través de alianzas entre empresas multinacionales farmacéuticas y grupos locales.

Para consolidar el despegue de la industria biofarmacéutica nacional es indispensable una articulación más consciente y sistemáticamente de la política sanitaria del país, en particular el papel de la compra y la producción gubernamentales, con la permanencia y profundización de los demás instrumentos de fomento dirigidos al sector. Para alcanzar este objetivo, se deberán diseñar e implementar políticas tecnológicas e industriales selectivas que conduzcan a un mayor involucramiento en las inversiones locales de los laboratorios públicos y las empresas nacionales (Gutman, Lavarello, 2017). Si bien las diferentes trayectorias de los emprendimientos biofarmacéuticos exceden los objetivos del presente artículo, es de

destacar, en función de la bibliografía consultada que, sin una planificación e intervención estatal activa, parte importante de la experiencia acumulada en el desarrollo biofarmacéutico local quedará a merced de los intereses de un pequeño puñado de empresas nacionales y extranjeras. Es decir, alejadas de los intereses de desarrollo industrial, tecnológico y sanitario de nuestro país. Cuando no hay una planificación y acompañamiento estatal extendido en el tiempo, muchas de estas experiencias se ven obligadas a ser absorbidas por empresas con estructuras productivas mucho más desarrolladas, o teniendo que mudar a otras ramas productivas por la imposibilidad de competir en el marco del mercado farmacéutico.

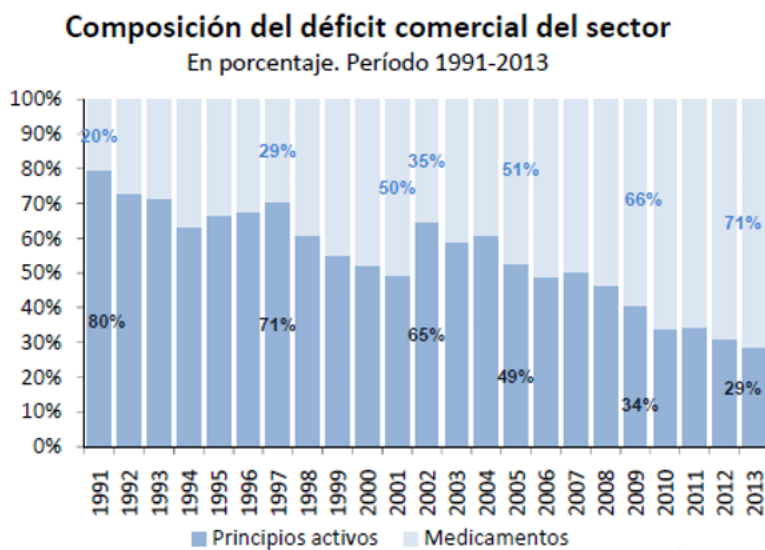
## 5- El aporte de la industria farmacéutica a la estructural restricción externa de la economía argentina.

Partimos de las perspectivas que sostiene como característica fundamental de la economía argentina, el problema estructural de restricción externa que sufre su balanza de pagos. En la década del 90 se profundiza y acelera el proceso de centralización y concentración del capital asociado a una fuerte extranjerización. Dicha estructura explica parte importante de las crisis económicas y políticas que sufre nuestro país cíclicamente (Gaggero, Schorr, Wainer, 2014).

Como ya sostuvimos en este artículo, la evolución de la balanza comercial de la industria farmacéutica refleja que el desarrollo del sector está asociado a crecientes niveles de importación de insumos. Dicha situación implica un elevado y creciente déficit comercial estructural. Su carácter estructural implica una sustentabilidad frágil del sector, no sólo frente a problemas provenientes del frente externo de la economía, muchas veces de difícil previsibilidad, sino también en la capacidad local de garantizar la provisión de productos

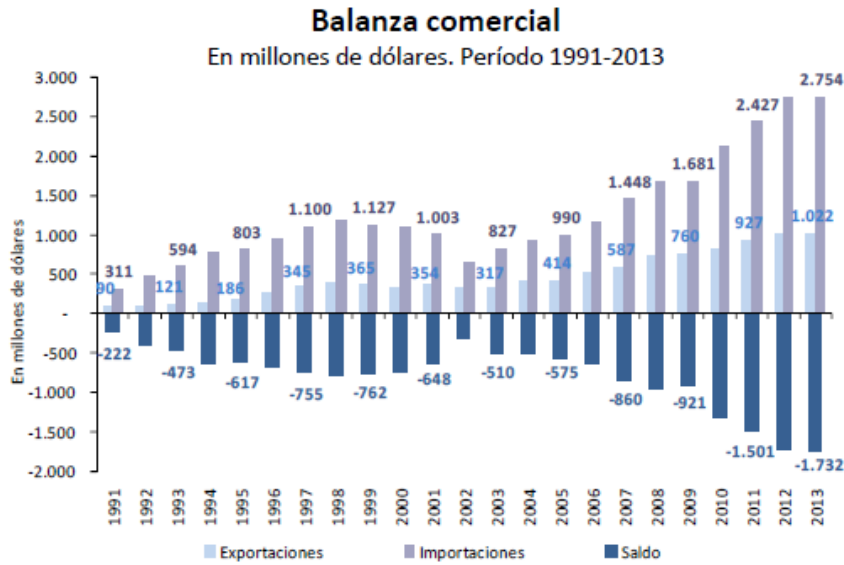
farmacéuticos esenciales para atender las patologías más frecuentes del país, así como situaciones epidemiológicas locales (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2015).

Tanto las exportaciones como las importaciones están compuestas principalmente por medicamentos.



Fuente: Complejo Farmacéutico. Serie "Complejos productivos". Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015. Con base en INDEC.

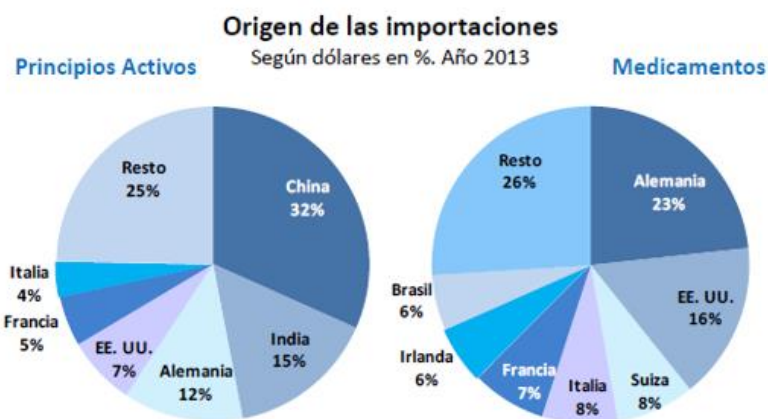
Entre 2003 y 2013, si bien las exportaciones crecieron levemente por encima de las importaciones (22,5% vs. 21,6%), no lograron achicar el rojo de la balanza.



Fuente: Complejo Farmacéutico. Serie “Complejos productivos”. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015. Base INDEC.

Las firmas locales poseen inserción exportadora de carácter regional. Los principales destinos de los medicamentos son Brasil, Venezuela, Uruguay y Chile; mientras que Alemania es el principal comprador de los principios activos (PA).

Las importaciones de PA provienen principalmente de los países “farmaemergentes”, China e India, representando un 47% del total de las importaciones de los mismos. Por su parte, la importación de medicamentos proviene de Alemania (23%) y Estados Unidos (16%), países tradicionalmente productores.



Fuente: Complejo Farmacéutico. Serie “Complejos productivos”. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Junio 2015. Con base en INDEC.

La porción mayoritaria de importaciones de drogas intermedias corresponde, en realidad, a operaciones intra-corporación multinacional, es decir, se trata de adquisiciones que la subsidiaria argentina efectúa a su casa matriz en el exterior o a una firma asociada. Por ser operaciones intra-corporación multinacional los “precios contables” que las mismas se imputan en contabilidad del grupo como un todo, pueden no guardar relación alguna con los “precios estándar” del mercado internacional. A través de la diferencia entre ambos precios se genera una transferencia oculta de recursos, que en realidad constituye una renta de carácter monopólico apropiada por factores productivos externos. (Katz, 1974). Estos mecanismos de generación y apropiación de rentas monopólicas a través de la “sobre facturación” de materias primas importadas, se institucionaliza a través del sistema de patentes de invención. Dado que un número importante de las drogas intermedias que se importan en valores significativos se hallan protegidas por patentes extranjeras, y que a través de dicho patentamiento las firmas internacionales pueden bloquear tanto la producción como

importación de terceras fuentes, este mecanismo de apropiación de renta monopólica se transforma en una vía estable y legal de generación de rentas excedentes.

En este sentido, autores como Jorge Katz sostienen que el límite que parece haber para ciertas producciones de capital nacional o público, no responde exclusivamente a consideraciones de índole tecnológica. Muchas drogas principales que usa la industria pueden ser localmente producidas sin que medie dificultad tecnológica alguna. Sin embargo, dado que la importación de las mismas abre una vía de generación y apropiación de rentas monopólicas para grupos transnacionales, debemos evitar la creencia de que la no fabricación local obedece a consideraciones de asignación de recursos “óptimos” (Katz, 1974).

La participación creciente de las firmas extranjeras en las exportaciones totales del país le confiere a un reducido conjunto de firmas un importante poder de veto sobre las orientaciones generales de la política económica. Ello supone un límite bastante preciso a la autonomía relativa del Estado argentino en tanto requiere de divisas para poder sostener el proceso de crecimiento económico, pero la generación de aquellas es patrimonio de un número reducido de actores, muchos de ellos extranjeros (Gaggero, Schorr, Wainer, 2014).

Al rol decisivo que juega el capital extranjero en la balanza comercial a partir de concentrar buena parte de las importaciones y exportaciones del conjunto de la economía, debe sumarse al efecto a través de la remisión de utilidades y dividendos (Gaggero, Schorr, Wainer, 2014). Éstas tendencias generales de la economía argentina podemos identificarlas también en el desarrollo particular de la industria farmacéutica. Sin embargo, como hemos desarrollado en relación al déficit de balanza comercial de la producción biofarmacéutica, es preciso un análisis exhaustivo de las distintas producciones en el marco de estrategias de sustitución de importaciones que mejoren la situación de la balanza comercial, a la vez que impulsen el

desarrollo industrial local. Ante las limitaciones que genera un sector dominado por intereses oligopólicos, sólo la planificación y una mayor intervención estatal podrán morigerar sus consecuencias en la economía local y en las condiciones de acceso a la salud de la población.

## 6-Legislación y normativas en torno a la investigación y producción farmacéutica (2003-2015)

La intención del presente apartado no es detallar la variedad de legislaciones que impactan sobre la producción de medicamentos en la Argentina. Quisiéramos sí destacar algunas legislaciones que han sido importantes en relación al vínculo entre producción de medicamentos y el rol del Estado en la garantía de salud y acceso a tratamientos de la población.

Siguiendo a Valeria Alonso (Maceira, 2010), la normativa sanitaria nacional en materia de medicamentos parece responder, en términos generales, a los grandes lineamientos de política en medicamentos desarrollada en distintos momentos de nuestro país. Destaca tres etapas: la primera desde 1991 hasta la crisis del 2001 inaugurada con la desregulación de la economía; La segunda de 2001 a 2007 vinculada a la salida del modelo aperturista y de la convertibilidad; en tanto la tercera etapa, desde el 2008 vinculada con la búsqueda de sustentabilidad normativa y económica para las políticas desarrolladas en el periodo anterior.

El decreto 2284 de desregulación económica firmado en 1991 puso fin a las barreras a la importación y control de precios en el mercado farmacéutico argentino, sostenidas durante años. La producción de normativa sanitaria en medicamentos después de la desregulación del mercado farmacéutico enfatiza la preocupación sanitaria en sus dimensiones de seguridad y eficacia farmacológica de los productos en el mercado. Esta preocupación sanitaria parece

haber estado limitada a sus consideraciones más técnicas, enfatizando en la calidad de los productos para el consumo humano, subvalorando la evaluación de las dimensiones sociales del acceso a medicamentos. El concepto de salud y las acciones para su resguardo quedaron restringidos a sus dimensiones farmacológicas y a la promoción de usos adecuados de los medicamentos, sin intervención en problemáticas de acceso o de gasto (Maceira, 2010). En este marco en 1992 se crea la ANMAT con el objetivo de controlar y fiscalizar la calidad y sanidad de los productos que se utilizan en medicina, alimentación, y cosmética humana. En lo que respecta a medicamentos, la ANMAT es la encargada de autorizar las habilitaciones para su distribución nacional.

La industria farmacéutica ha tenido una tradición de fuerte protección a la innovación tecnológica, aprobándose ya en 1864 la primera ley de patentes (Ley N° 111). Dadas algunas de sus características, entre otras, que no eran susceptibles de patentes las composiciones farmacéuticas que hayan sido publicadas en el país o fuera de él en obras, folletos o periódicos impresos, Estados Unidos mantuvo una política ofensiva a través de sanciones y presiones para su modificación (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2012).

En el marco de fuertes disputas entre los laboratorios nacionales agrupados en el Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), la Cooperativa de Laboratorios Argentinos de Especialidades Médicas (COOPERALA) y aquellos de capital extranjero agrupados en la Cámara Argentina de Especialidades Médicas (CAEMe), en 1995 se sanciona la Ley 24481 de patentes de invención y modelos de utilidad. Luego modificada por las leyes 24572/96 y 25859/03.

Los principales puntos de conflicto podrían sintetizarse en los siguientes aspectos: 1) el monopolio del titular de las patentes para hacer uso de sus invenciones, que establece un

plazo de veinte años improrrogables. 2) El plazo de transición para poner en práctica el nuevo esquema: fijado en cinco años, luego de una durísima disputa, ya que en la primera versión de la ley era de ocho. 3) La forma de pago de las regalías durante la transición: la ley otorgaba un periodo de transición de cinco años para patentar todos los productos farmacéuticos, luego del cual debían pagarse las regalías correspondientes. Los laboratorios extranjeros pelearon por disminuir ese plazo o directamente eliminarlo, mientras los nacionales querían extenderlo a diez años. Un elemento a destacar es que la normativa no exige a las firmas que patentan en el país la producción local de dichos medicamentos como, por ejemplo, sí se exigía en Brasil (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2012).

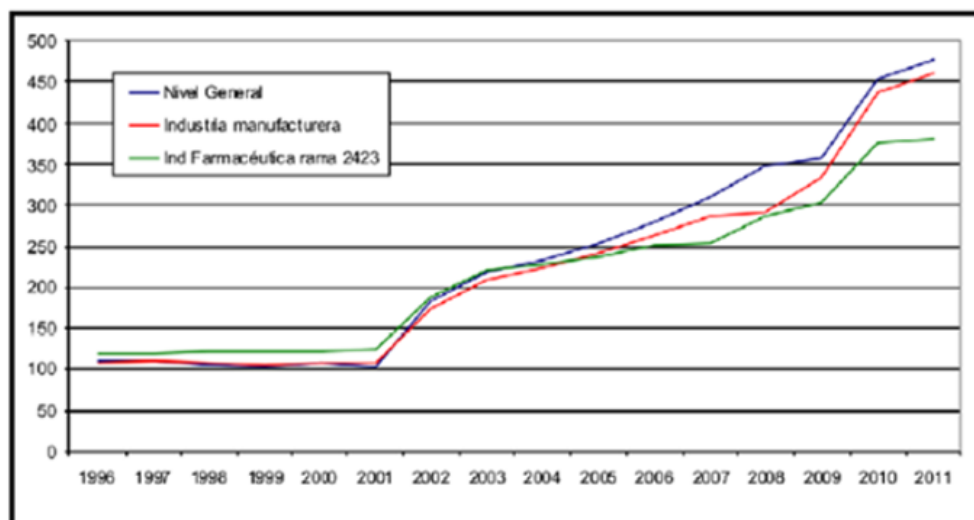
El sistema de patentes de productos farmacéuticos había resultado altamente controvertido en la Argentina, en tanto privilegió históricamente la conformación de una industria nacional apoyada principalmente en la producción de “similares” a los medicamentos patentados por las empresas internacionales. Con la sanción de la Ley 24481/95 la Argentina adhiere al Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC). Si bien esta adhesión implicó un retroceso en una política de protección del desarrollo industrial local, sobre todo en el ámbito farmacéutico, prevé un conjunto de flexibilidades y salvaguardias en el caso de los productos farmacéuticos, que permiten minimizar los efectos negativos que su adopción pueda tener para el acceso de la población a ellos. Si bien la Argentina no ha aprovechado estas flexibilidades, desde 2012 transita un camino basado en una definición más precisa de los requisitos de patentamiento. Los países desarrollados y, en particular los Estados Unidos, han buscado generalizar su régimen de propiedad intelectual y debilitar las flexibilidades y salvaguardias mediante los acuerdos de libre comercio (Gutman, Laverello, 2017).

La preocupación por la equidad y el acceso a bienes y servicios en el ámbito de la salud se incorpora recién en la década siguiente, en el marco de la salida de la crisis de 2001. Si bien se mantienen las preocupaciones en torno a la seguridad y eficacia en la producción farmacológica, se incorporan políticas públicas que impulsen el acceso de la población a medicamentos. Las acciones más destacadas en este periodo son la normativa en torno a la prescripción por denominación genérica internacional en la seguridad social y medicina prepaga y políticas de provisión estatal de medicamentos. En esta dirección se firman dos decretos declarando y extendiendo la emergencia sanitaria nacional en 2002. El primero, decreto 486/02, introduce la prescripción por genéricos y su sustitución en farmacias, y crea un programa nacional de universalización de acceso a medicamentos. El segundo decreto, 2724/02, proroga la emergencia sanitaria y confirma el nuevo programa de distribución de medicamentos de uso ambulatorio con el nombre con el que hoy se lo conoce: Programa Remediar+Redes (Maceira, 2010).

La Ley 25649 de promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico establece que toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración (Art. 2 Ley 25649/02).

Desde la sanción de esta normativa se ha observado una disminución en los precios de los medicamentos en comparación con el conjunto de bienes industriales. Durante la década del noventa los precios de los medicamentos crecían a un ritmo superior al promedio del conjunto de bienes industriales, tendencia que se revierte en el 2002 como muestra los siguientes gráficos.

**Evolución comparativa del Nivel General de Precios, el de la Industria Manufacturera y de la Industria Farmacéutica ipim base 1993 = 100**



Abrutzky, Bramuglia, Godio (2015) en base a series estadísticas del IPIM de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INDEC.

**Evolución comparativa del Nivel General de Precios, el de la Industria Manufacturera y de la Industria Farmacéutica ipim base 1993=100**

Año	Nivel General	Industria manufacturera	Ind. Farmacéutica rama 2423
1996	109.63	108.94	119.32
1997	109.74	110.5	119.98
1998	106.23	109.19	120.7
1999	102.19	105.92	120.81
2000	106.27	107.43	121.9
2001	103.84	106.61	124.6
2002	183.92	174.17	188.22
2003	216.83	207.72	220.87
2004	232.87	223.1	228.05
2005	252.56	241.65	238.5
2006	278.82	262.54	250.25
2007	310.54	286.07	254.12
2008	346.14	290.06	286.93
2009	356.5	334.6	304.06
2010	453.48	437.22	374.99
2011	475.86	460.29	380.34

Abrutzky, Bramuglia, Godio (2015) en base a series estadísticas del IPIM de la Dirección Nacional de Cuentas Nacionales del INDEC.

Si bien podemos encontrar diferentes estrategias de las industrias de fármacos nacionales y extranjeras, una de las principales causas de la disminución de precios posterior a dicha normativa se debe a la posibilidad que se abrió para grandes empresas nacionales e incluso PYMES de competir vía precios produciendo copias de medicamentos de marcas reconocidas. La introducción de estos mecanismos competitivos en un mercado con estructuras oligopólicas o monopólicas, indujeron a una disminución relativa de los precios para los distintos principios activos (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2008).

Si bien durante este periodo se implementan políticas y normativas tendientes ampliar la cobertura sanitaria y garantizar el acceso a medicamentos y bienes y servicios sanitarios a los sectores más desprotegidos de la población, todavía no aparece en la escena de la política sanitaria la producción pública de medicamentos como una estrategia alternativa para el abastecimiento de Remediar+Redes y de los otros programas nacionales.

Hacia fines de 2007 se crea una Red Nacional de Laboratorios Públicos productores de medicamentos, con el objetivo de fomentar la producción estatal. Sus principales promotores fueron la Dirección Nacional de Programas y Proyectos Especiales de la entonces Secretaría de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), y la Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Por primera vez se plantea la necesidad de que todos los laboratorios de producción pública accedan a las habilitaciones y certificaciones de la autoridad sanitaria nacional (INTI, 2007).

En 2008 el Ministerio de Salud de la Nación crea mediante la Resolución 983/08 el Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos. Su objetivo es promover convenios para proveer medicamentos al Programa Remediar+Redes a un precio inferior al del mercado.

Ya hacia el 2011 se sanciona la Ley 26.668 que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. La misma tiene por objetivo el apoyo de la producción estatal, especialmente para abastecer a menor costo a los programas a través de los cuales se distribuyen medicamentos a nivel nacional. Asimismo, busca promover la investigación y producción de principios activos, casi inexistente en ese entonces en la Argentina, a través de la intervención de universidades e instituciones públicas.

Dicha normativa generó tensiones con los empresarios nacionales que se reúnen en la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), viendo amenazadas sus condiciones en el mercado ante una política de promoción de la producción pública. Mientras las empresas de capital extranjero reunidas en la Cámara Argentina de Especialidades Médicas (CAEME) se mostraron despreocupadas por considerar que los laboratorios públicos abastecen demandas diferentes a las suyas. Los laboratorios estatales producen medicamentos esenciales, sueros antiofídicos y tuberculostáticos. En su mayoría no elaboran fármacos de alto costo, como los tumorales y los medicamentos para el tratamiento del HIV (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2012).

En julio de 2014 finalmente se reglamenta dicha ley mediante un decreto presidencial. El mismo establece que la investigación y producción de medicamentos se orientará prioritariamente a la generación de medicamentos esenciales, conforme a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), orientada a elaborar medicamentos que respondan a las necesidades epidemiológicas de nuestro país. Asimismo, ordena la realización, cada dos años como máximo, del correspondiente relevamiento para actualizar la demanda de medicamentos de la población y si correspondiere, reorientar la investigación y el desarrollo

del sistema de producción pública. Como hemos dicho, si bien la normativa pone el énfasis en la perspectiva de acceso de la población a medicamentos, mantiene rigurosidad en cuanto al cumplimiento de las exigencias de buenas prácticas de manufactura exigidas por la autoridad regulatoria competente y en la necesidad de garantizar una estructura organizacional, tecnológica y productiva que responda a las características funcionales de la industria farmacéutica. Por último, insta a multiplicar las habilitaciones del ANMAT en los laboratorios públicos y a establecer mecanismos de articulación con los sectores científico-tecnológico y académico a efectos de consolidar e incentivar la investigación, docencia y la capacitación y formación de recursos humanos para la innovación (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2014).

Ese mismo año se conforma la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), creada por la Ley 27113 y reglamentada por el decreto 795/2015, como ente nacional descentralizado en el marco del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

## 7- Políticas estatales de impulso de la industria pública nacional

Como ya hemos mencionado, analizar el sector público de la producción de medicamentos en Argentina tiene la dificultad de asumir el abordaje de un subgrupo heterogéneo donde conviven 37 unidades de producción de medicamentos y vacunas y 10 farmacias hospitalarias, tanto de jurisdicción nacional, provincial como municipal. Decimos diferentes por sus características institucionales, organizativas y de capacidad de producción. La mayor parte de estos laboratorios dependen de organismos como universidades u hospitales. Es de destacar, en concordancia con la bibliografía especializada, que existe poca información que sistematice con precisión la cantidad de unidades de producción y sus características en el

sector público de la industria farmacéutica. Si bien hemos explorado las herramientas disponibles de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, consideramos que un paso fundamental para el diagnóstico y posterior ejecución de políticas de crecimiento y consolidación de la industria estatal, es el desarrollo de un censo nacional de laboratorios y unidades de producción pública de medicamentos.

Sostenemos que la producción pública de medicamentos es fundamental en función de una política estatal efectiva de abastecimiento de los mismos para reducir la inequidad en su acceso. Del conjunto de políticas de intervención disponibles, el suministro gratuito de medicamentos constituye la modalidad de financiamiento que hace accesibles medicamentos de forma más equitativa y extendida a la población que no tiene otros medios de acceso a los tratamientos, muchos en situaciones de emergencia sanitaria y social (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2015). En tal sentido, nos proponemos abordar algunas de las condiciones que dificultan el desarrollo de dicha producción, en función de pensar estrategias para su crecimiento y consolidación. Como ya hemos mencionado, si bien el peso de su desarrollo en el marco de la producción farmacéutica en la Argentina es pequeño, su relevancia social en torno a la garantía de medicamentos, servicios y bienes sanitarios para los sectores más postergados de la población, o aquellos que no cuentan con otro tipo de cobertura sanitaria que la pública, es fundamental.

Uno de los límites que presenta la producción pública es en su distribución. Los mencionados laboratorios dependientes de diferentes instituciones públicas necesitan la habilitación de la ANMAT para su distribución en el ámbito nacional. Los periodos de gestión de las habilitaciones son inciertos y complejos, limitando la certeza de los laboratorios para estimar su producción en un periodo determinado. Ésta es una de las causas por las cuales se observan

variables índices de capacidad ociosa. Aun así, la capacidad utilizada oscila y difiere, pero es muy alta, superando en promedio el 70%. (Catedra Libre de Salud y Derechos Humanos de la Facultad de Medicina, UBA, 2009; Maceira, 2010; Apella, 2006).

El diagnóstico de estos laboratorios es muy complejo por el nivel de heterogeneidad que los caracteriza, encontrándose diferentes grados de utilización de la capacidad productiva. Algunos de los elementos que se vinculan con los problemas de capacidad productiva del sector público son: la falta de habilitación nacional (ANMAT), las limitaciones de sus instalaciones y equipamientos, el tipo de institución y organización productiva, la falta de coordinación entre las ofertas de estos laboratorios y las demandas potenciales de hospitales, centros de atención primaria de la salud y diversos programas nacionales, entre otros (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2012). La importancia de este aspecto conlleva asumir que la utilización de las instalaciones de los laboratorios públicos por debajo de su capacidad estaría reflejando que los costos por unidad producida son muy altos y la productividad por capital instalado muy baja. En el marco del impulso a la producción pública es indispensable reconvertir los mismos para lograr capacidades óptimas de producción.

Otro de los factores que complejizan el crecimiento y desarrollo de la industria farmacéutica pública es el institucional. Como hemos sostenido, dichas producciones surgen de diferenciadas articulaciones entre universidades, organismos de investigación, laboratorios y farmacias públicas, el ANMAT, y el sistema de salud, dependientes de diferentes ámbitos de la administración pública (nacional, provincial, municipal). En este sentido, la producción pública de medicamentos se encuentra restringida, por un lado, por las características del sistema de salud descentralizado y fragmentado desarrollado en el apartado 2. Y por otro, por importantes deficiencias institucionales, es decir, la falta de una planificación integral que

incluya el eslabonamiento de la política científica y tecnológica con la producción nacional de remedios.

Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos			
Estado de Situación			
Laboratorio	Jurisdicción	Habilitac. ANMAT	Red Nacional
Administración Nacional de Labs. e Institutos de Salud (ANLIS)	Nacional	SI*	SI
Complejo Médico Churrucá Visca de la Policía Federal Argentina	Nacional	SI	NO
Hospital Municipal de Olavarría – Pcia. de Buenos Aires	Munic. Olavarría	NO	SI
Laboratorio Central de Salud Pública	Prov. Bs. As.	SI	SI
Laboratorio de Análisis Farmacéutico de la Unidad CEPROCOR de la Agencia Córdoba Ciencia S.E.	Provincia de Córdoba	NO	SI
Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos – Universidad Nacional de San Luis	Nacional	NO	SI
Laboratorio de Especialidades Medicinales (LEM) Sociedad del Estado Municipal	Municipalidad de Rosario	SI	SI
Laboratorio de Especialidades Medicinales del Ministerio de Salud Pública de Misiones (LEMis)	Provincia de Misiones	SI**	SI
Laboratorio de Hemoderivados – Univ. Nacional de Córdoba	Nacional	SI	SI
Laboratorio de Medicamentos Genéricos Pampeano de la Municipalidad de Gral. Pico - La Pampa	Municipalidad de Gral. Pico	NO	SI
Laboratorio ELMETEC de la Universidad Tecnológica Nacional	Nacional	SI**	SI
Laboratorio Especialidades Medicinales de Hurlingham – Pcia. de Buenos Aires	Municipalidad de Hurlingham	NO	SI
Laboratorio Farmacéutico Conjunto de las Fuerzas Armadas	Nacional	SI	NO
Laboratorio Farmacia Municipal de Córdoba – Córdoba	Munic. Córdoba	NO	SI
Laboratorio Industrial Farmacéutico de la Armada Argentina	Nacional	SI**	NO
Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado	Prov. Santa Fe	SI	NO
Laboratorio Municipal de Bragado - Pcia. de Buenos Aires	Munic. Bragado	NO	SI
Laboratorio Municipal de Río Cuarto – Córdoba	Municipalidad de Río Cuarto	NO	SI
Laboratorio Municipal de Trenque Lauquen - Provincia de Buenos Aires	Municip. Trenque Lauquen	NO	NO
Laboratorio Productor de Medicamentos de Río Negro – PROZOME	Provincia de Río Negro	NO	SI
Laboratorio Provincial del SIPROSA – Tucumán	Prov. Tucumán	NO	NO
Laboratorio Provincial LAMECOR – Corrientes	Prov. Corrientes	NO	NO
Laboratorio Provincial LAPROBI – Chaco	Prov. de Chaco	NO	SI
Laboratorio Provincial LAPROMED – Mendoza	Prov. Mendoza	NO	SI
Laboratorio Universitario de la Universidad Nacional de Rosario	Nacional	NO	NO
Laboratorio Universitario de la UTN – Tucumán	Nacional	NO	NO
Laboratorio Universitario de Roque Saenz Peña – Universidad Nacional del Chaco Austral	Nacional	NO	NO
Laboratorio Universitario de UTN Pacheco – Pcia. de Bs. As.	Nacional	NO	NO
Laboratorios Puntanos S.E.	Prov. San Luis	SI	NO
LAFORMED S.E.	Prov. Formosa	SI	SI
LAPROBI – Laboratorio Central de Salud Pública, MSP – Chaco	Prov. del Chaco	NO	NO
Ministerio de Salud Pública – La Rioja	Prov. La Rioja	NO	SI
Talleres Protegidos – GCBA	C.A. Bs. As.	NO	NO
Unidad Productora de Medicamentos – Facultad de Ciencias Exactas- Universidad Nacional de la Plata	Nacional	NO	SI

Fuente: Maceira (2010), en base a Registro Nacional de Establecimientos Elaboradores y/o Importadores de Especialidades Médicas – ANMAT. Acta de constitución de la Red Nacional de Laboratorios Públicos Productores de Medicamentos 2007 MINCYT – Programa Nacional de Producción Pública de Medicamentos y Vacunas. MSAL

En Argentina la máxima autoridad en salud es el Ministerio de Salud de la Nación, el cual no tiene potestad en otras jurisdicciones en el sistema institucional del periodo 2003-2015.

Las políticas muy activas de entes como la Red de Laboratorios Públicos de la Argentina, el Grupo de Gestión de Políticas de Estado en Ciencia y Técnica, que incluye el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI), Comisión de Energía Atómica (CNEA), Instituto Malbrán, otras instituciones de ciencia y técnica descentralizadas y el conjunto de universidades nacionales y provinciales, han permitido el avance de la producción estatal logrado hasta el 2015 (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2015). Estas instituciones conforman un complejo Científico y Tecnológico, pero no un sistema, dada las deficiencias en la coordinación de políticas. Restaría analizar con profundidad en qué medida cambió esta dinámica y diagnóstico, a partir de la creación de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP) en 2014.

Como ya hemos mencionado en el presente artículo, la creación del Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos en el 2008 y la posterior aprobación de la Ley 26.688 en 2011 de Investigación y Producción Pública de Medicamentos como bienes sociales, significó un punto de inflexión en la perspectiva de disminuir las desigualdades sociales en torno al acceso a la salud en la población. Junto con las políticas de compra estatal de medicamentos para la provisión de programas nacionales, significaron un enorme impulso para el crecimiento de la producción pública de medicamentos.

Como sostuvimos en el presente artículo, el sendero de crecimiento de la industria farmacéutica argentina está asociado a niveles crecientes de déficit en su balanza comercial. Una política sostenida de financiación de Investigación y Desarrollo en salud y de la producción estatal del conjunto de laboratorios estatales, constituye una herramienta central para asegurar el aprovisionamiento de medicamentos a la sociedad. La I+D estatal representa

el conocimiento acumulado de toda la sociedad y constituye un bien social. No sólo significa una política sanitaria importante, sino que representa un enorme potencial en el marco de proyectos de crecimiento económico vía desarrollo industrial, siendo fundamental, su articulación con el complejo científico-tecnológico. Una política de apoyo a la producción e investigación de productos medicinales requiere que el Estado diseñe un programa coordinado entre todas las instituciones involucradas.

Los laboratorios estatales producen a muy bajo costo, productos de altísima calidad, de interés para el tratamiento de enfermedades endémicas y productos huérfanos sin interés económico para la industria privada. En una economía abierta como la de Argentina el impulso de los laboratorios estatales de medicamentos y vacunas, en una industria tan internacionalizada y concentrada como la farmacéutica, con fuerte presencia de comercio intra-industrial, la existencia de una red de laboratorios estatales asegura la provisión de medicinas y drogas ante crisis del sector externo de la economía y en crisis epidemiológicas (Abrutzky, Bramuglia, Godio, 2018). También pueden ser un actor fundamental en la garantía de derechos, como ser los derechos sexuales y reproductivos de las personas con capacidad de gestar en nuestro país. Así, en medio de las luchas y disputas por la legalización del aborto en la Argentina, en Santa Fe un laboratorio público (LIF) ya produce y distribuye Misoprostol a centros de salud<sup>9</sup>. El método más seguro para la interrupción voluntaria del

---

<sup>9</sup> La distribución se encuentra aún en duda, debido a una resolución la jueza en lo contencioso administrativo Cecilia Gilardi de Negre, al hacer lugar parcialmente a una medida solicitada por dos asociaciones civiles contra la ANMAT. <https://www.minutouno.com/notas/5069615-la-justicia-suspendio-la-venta-misoprostol-un-medicamento-la-interrupcion-del-embarazo>

embarazado recomendado por la OMS, de industria nacional y con acceso gratuito en centros de salud<sup>10</sup>.

El otro aspecto de este proceso debemos buscarlo en la política sanitaria. El “espacio de decisiones” de los laboratorios públicos, y particularmente de aquellos destinados a abastecer fundamentalmente a la red pública de atención de la salud, se encuentra restringido. Así, a diferencia de lo sucedido en el sector privado, la estrategia de qué tipo de producción desarrollar es una decisión externa a la institución, llevada a cabo a partir las decisiones de la autoridad sanitaria en función de las prioridades del sistema de salud. El espacio de decisiones del laboratorio se concentra, con una serie de restricciones presupuestarias significativas, en cómo fabricar aquellos grupos terapéuticos priorizados por la autoridad pública.

Así, la idea de converger a una estrategia nacional de producción pública de medicamentos requiere de un paso previo en materia sanitaria. El mismo se vincula con la coordinación de las estrategias públicas de salud de las diferentes jurisdicciones, actualmente extremadamente autónomas y atomizadas (Maceira, 2010).

## 8- La industria farmacéutica y las políticas sanitarias en el macrismo.

Si bien el objetivo del presente artículo es el análisis de la industria farmacéutica argentina en el periodo 2003-2015, y las políticas estatales que se articularon con el sector, consideramos relevante trazar la evolución de algunos ejes desarrollados hasta aquí, en los años gobernados por el macrismo.

---

<sup>10</sup> <http://revistaanfibia.com/cronica/misoprostol-industria-nacional/>  
<https://latfem.org/santa-fe-el-misoprostol-de-produccion-publica-llega-a-los-centros-de-salud/>

Al analizar las tendencias de la industria farmacéutica y las políticas estatales en torno a ésta en el periodo 2016-2019, debemos destacar dos aspectos transversales. En primer lugar, el modelo económico desplegado durante el periodo. En el plano estructural, los comportamientos observados, además de acompañar las tendencias de la actual fase de financiarización de la economía mundial, están relacionados con la posición marginal que ocupa el país en las cadenas globales de valor (más allá de los sectores que cuentan con ventajas comparativas naturales), los altos grados de oligopolización existentes, la relativa estrechez del mercado interno y la histórica fragilidad de su sector externo (Cassini, García Zanotti, Schorr, 2019). A partir del gobierno de Mauricio Macri, iniciado a fines de 2015, tuvo lugar una significativa redefinición de la estructura de precios y rentabilidades relativas de la economía doméstica, reconfigurando el mapa de las distintas fracciones del capital en el proceso de generación, circulación y apropiación del excedente económico. En términos globales, dentro los segmentos ganadores se destacan aquellos ligados a precios regulados por el Estado, ciertas actividades ancladas en el procesamiento de recursos naturales y el negocio financiero, mientras que entre los perdedores emergen diversos sectores productivos, en especial (aunque no únicamente) la industria manufacturera. Independientemente de la inserción de las compañías en sectores “ganadores o perdedores” en la disputa por el excedente, parte de los beneficios internalizados y/o de los recursos generados por el endeudamiento se canalizaron a la inversión financiera y la fuga de capitales locales al exterior, en un proceso caracterizado en general por una débil inversión reproductiva. (Cassini, García Zanotti, Schorr, 2019).

El segundo aspecto transversal a abordar a la hora de analizar la industria farmacéutica en este periodo es la eliminación del Ministerio de Salud. Ha sido un aspecto fundamental,

desarrollado en el presente artículo, la responsabilidad estatal en la garantía de acceso a la salud pública de la población, en especial a los sectores más vulnerables. Hemos desarrollado la importancia al respecto que encierra la provisión gratuita de medicamentos, y el rol, en este marco, de la producción pública. Uno de los limitantes para garantizar esta responsabilidad estatal lo encontramos en las características del sistema de salud en nuestro país, su fragmentación y descentralización, y la deficiencia en articulación institucional entre diversos actores que intervienen en dichas políticas. Mediante el decreto 801/2018, el 5 de septiembre de 2018 se devaluó el Ministerio de Salud, siendo absorbido como Secretaria en el marco del Ministerio de Desarrollo Social<sup>11</sup>. Los antecedentes de eliminación de Ministerio de Salud en nuestro país se remontaban a las dictaduras militares de los años 1955 y 1966. Debemos sumar a esto una política de ajuste clara a la investigación y desarrollo científico y tecnológico, con la eliminación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, pasando a ser una secretaria del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología (mediante el mismo decreto). Este diagnóstico se complementa con importantes caídas presupuestarias y dramáticas disminuciones en los ingresos a carrera científica en CONICET<sup>12</sup>, entre otros organismos.

En este marco la producción pública de medicamentos y vacunas comenzó a padecer drásticos recortes presupuestarios en institutos públicos y universidades, dando inicio a un ciclo de desfinanciamiento y desmantelamiento de capacidades técnicas y productivas, en un contexto de desindustrialización, financierización y extranjerización de la economía.

En palabras de Lautaro Zubeldía, becario posdoctoral CONICET-UNSAM, el problema de

---

<sup>11</sup> <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/190818/20180905>

<sup>12</sup> <https://www.cenital.com/2019/08/01/conicet-el-gobierno-asegura-que-no-hubo-despidos-durante-el-kirchnerismo-ni-el-macrismo/63974>  
<http://www.laizquierdadiario.com/Mas-de-2-100-cientificos-del-Conicet-quedaron-en-la-calle>

la producción de fármacos y vacunas es eminentemente geopolítico. Por lo tanto, un Estado semiperiférico como la Argentina necesita el liderazgo del sector público para mantener un entramado productivo y sanitario funcional. Sin embargo, la Argentina se ha convertido en el deudor principal del FMI, mientras se iniciaba la pérdida de capacidades organizacionales y de gestión tecnológica que había acumulado el entramado local de producción de medicamentos<sup>13</sup>.

Como hemos mencionado, podemos encontrar ganadores y perdedores en los cuatro años gobernados por la alianza Cambiemos. Si bien la producción manufacturera ha sido una de las más afectadas en el periodo, llegando a ser denominado dicho proceso como “industrialicidio”, debemos decir que las facturaciones de la industria farmacéutica no han sido negativas. Como podemos ver en el siguiente cuadro, donde se muestra la facturación de la producción nacional y la reventa de importados, el crecimiento acumulado anual en 2017, 2018 y el primer trimestre de 2019 es por demás significativo<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> <http://www.unsam.edu.ar/tss/medicamentos-lo-que-sube-cuando-el-estado-se-baja/>

<sup>14</sup> <https://www.telam.com.ar/notas/201909/393528-la-facturacion-de-la-industria-farmaceutica-en-el-segundo-trimestre-crecio-686-interanual.html>

**Industria farmacéutica, facturación de producción nacional y reventa de importados.  
Primer trimestre de 2017-primer trimestre de 2019**

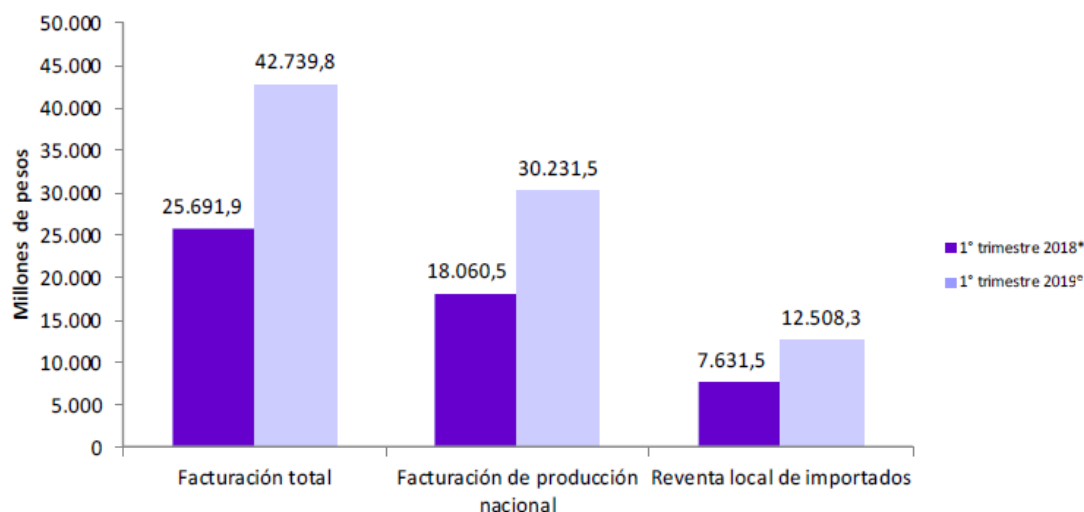
Periodo	Facturación total	Reventa local de importados	Facturación de producción nacional			Facturación al mercado interno <sup>(1)</sup>
			Total	Mercado interno	Exportación	
Millones de pesos						
<b>Acumulado año 2017*</b>	<b>97.730,8</b>	<b>27.421,0</b>	<b>70.309,8</b>	<b>64.039,9</b>	<b>6.269,8</b>	<b>91.461,0</b>
<b>Acumulado año 2018<sup>e</sup></b>	<b>128.758,0</b>	<b>36.845,7</b>	<b>91.912,3</b>	<b>82.016,4</b>	<b>9.895,9</b>	<b>118.862,1</b>
<b>2017</b>						
1º trimestre*	21.395,6	5.946,2	15.449,4	14.004,5	1.445,0	19.950,7
2º trimestre*	24.447,0	6.795,3	17.651,7	16.090,9	1.560,8	22.886,3
3º trimestre*	25.949,1	7.236,4	18.712,6	17.051,2	1.661,5	24.287,6
4º trimestre*	25.939,1	7.443,1	18.496,0	16.893,4	1.602,6	24.336,5
<b>2018</b>						
1º trimestre*	25.691,9	7.631,5	18.060,5	16.522,8	1.537,7	24.154,2
2º trimestre*	29.514,4	8.446,9	21.067,5	18.796,0	2.271,5	27.242,9
3º trimestre*	35.009,6	9.459,0	25.550,6	22.295,9	3.254,7	31.754,9
4º trimestre*	38.542,1	11.308,3	27.233,8	24.401,8	2.832,0	35.710,1
<b>2019</b>						
1º trimestre <sup>e</sup>	42.739,8	12.508,3	30.231,5	25.691,6	4.539,9	38.199,9
<b>Variación porcentual respecto al mismo período del año anterior</b>						
<b>2017</b>						
<b>Acumulado del año</b>	<b>27,5</b>	<b>31,1</b>	<b>26,2</b>	<b>27,0</b>	<b>18,7</b>	<b>28,2</b>
1º trimestre*	30,3	39,7	27,1	29,7	5,9	32,5
2º trimestre*	28,1	31,6	26,8	27,3	22,2	28,5
3º trimestre*	28,9	30,3	28,4	28,4	28,1	29,0
4º trimestre*	23,5	25,1	22,8	23,2	19,4	23,8
<b>2018</b>						
<b>Acumulado del año</b>	<b>31,7</b>	<b>34,4</b>	<b>30,7</b>	<b>28,1</b>	<b>57,8</b>	<b>30,0</b>
1º trimestre*	20,1	28,3	16,9	18,0	6,4	21,1
2º trimestre*	20,7	24,3	19,4	16,8	45,5	19,0
3º trimestre*	34,9	30,7	36,5	30,8	95,9	30,7
4º trimestre*	48,6	51,9	47,2	44,4	76,7	46,7
<b>2019</b>						
1º trimestre <sup>e</sup>	66,4	63,9	67,4	55,5	195,2	58,1

(1) La facturación al mercado interno incluye la reventa local de importados más la facturación de producción nacional al mercado interno.

**Nota:** los totales por suma pueden no coincidir por redondeo en las cifras parciales.

**Fuente:** INDEC.

### Industria farmacéutica, facturación. Primer trimestre de 2018 y primer trimestre de 2019



Fuente: INDEC.

Estas facturaciones no sorprenden si nos detenemos a analizar el índice de precios del sector en el mismo periodo. Según datos relevados por el Observatorio de Políticas Públicas de la UNDAV, desde noviembre de 2015 hasta mayo de 2019, los fármacos relevados incrementaron sus precios en promedio un 360,9%. Esta variación nominal se posiciona muy por encima del incremento en el nivel general de precios. Por ejemplo, en base a los números publicados por el instituto de estadísticas porteño, el IPC<sup>15</sup> acumuló un incremento del 260,1% en el mismo período de tiempo. Es decir, una distancia entre ambos conceptos de más de 100 puntos porcentuales. Vale mencionar, además, que cuando se analizan las distribuciones en las variaciones de precios de los diversos medicamentos relevados, se notan subas nominales que llegan, en ciertos casos, a porcentajes que superan el 1000%. En el

<sup>15</sup> Índice de Precios al Consumidor.

mismo sentido, se advierte que más de 8 de cada 10 medicamentos relevados triplicaron sus precios en los últimos tres años (Observatorio de Políticas Públicas- UNDAV, 2019).

En un contexto de aumento exponencial de la pobreza, superando el 40% según la UCA<sup>16</sup>, con sus consecuencias en el plano de la educación y la salud, los empresarios farmacéuticos protagonizan revistas como la Forbes, incluidos en las listas de las personas más millonarias del mundo<sup>17</sup>. Es evidente la necesidad de una política de regulación de precios, sobre todo para segmentos tan sensibles como los vinculados al acceso a la salud, y producción pública de medicamentos y vacunas.

Las políticas del macrismo ante un escenario de aumento de la inflación, aumento de precios y empeoramiento de las condiciones de vida de los sectores más empobrecidos de nuestro país, fueron el vaciamiento y el desfinanciamiento de importantes políticas vinculadas al acceso a medicamentos y vacunas. Fueron numerosas las denuncias por faltantes de vacunas y medicamentos, así como por la propagación de enfermedades que estaban controladas hace años<sup>18</sup>. En este marco se inscribe la disminución de la cobertura de medicamentos del PAMI<sup>19</sup>, así como la eliminación del programa Remediar+Redes<sup>20</sup>.

El panorama es poco alentador. La propia Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) señaló que el PAMI, a cargo de Sergio Cassinotti, finaliza su gestión

---

<sup>16</sup> <https://www.infobae.com/politica/2019/12/05/segun-la-uca-la-pobreza-en-la-argentina-llego-al-408-y-es-la-mas-alta-de-la-decada/>

<sup>17</sup> <http://www.laizquierdadiario.com/La-salud-del-FMI-laboratorios-que-ganan-fortunas-y-mas-tuberculosis-para-los-pobres>

<sup>18</sup> <http://www.unsam.edu.ar/tss/medicamentos-lo-que-sube-cuando-el-estado-se-baja/>

<sup>19</sup> <https://www.infobae.com/2016/04/07/1802687-la-lista-medicamentos-que-ya-no-tendran-cobertura-total-pami/>

<sup>20</sup> <https://www.elpatagonico.com/finalizo-el-programa-nacional-provision-gratuita-remedios-y-hay-cuestionamientos-n1539132>

"con la deuda más alta de la historia de la institución, debilitando fuertemente la economía de las farmacias, droguerías y de la industria nacional productora de medicamentos en el país"<sup>21</sup>.

Por otro lado, la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos, creada en 2014, tuvo su primera reunión de directorio recién en 2019<sup>22</sup>. Es decir, casi cinco años después de su conformación. La demora de cuatro años en plantear la estrategia de la ANLAP solo es comprensible en el contexto de un proyecto político que no asigna un rol estratégico a la producción pública de medicamentos y vacunas.

El sector necesita un cambio de rumbo. Es preciso re lanzar el ANLAP y la política de producción pública de medicamentos y vacunas, en un marco de fortalecimiento estatal y de articulación con el sector privado nacional desde un rol activo del Estado. La nueva estrategia debería preocuparse por un desarrollo equilibrado del sector sanitario y farmacológico que sea capaz de terminar con los abusos, las exclusiones y que permita, en el mediano plazo, aumentar la capacidad exportadora de medicamentos y productos biotecnológicos<sup>23</sup>.

## 9-Conclusiones provisorias y nuevos interrogantes

La industria farmacéutica Argentina constituye un típico oligopolio dominado por grandes empresas nacionales y multinacionales, caracterizado por altos grados de concentración y extranjerización. La misma se emplaza en una rama que a nivel mundial goza de los mayores

---

<sup>21</sup> <https://www.lanacion.com.ar/economia/la-industria-farmaceutica-local-reclama-una-deuda-de-11000-millones-al-pami-nid2310435>

<sup>22</sup> <http://www.unsam.edu.ar/tss/medicamentos-lo-que-suba-cuando-el-estado-se-baja/>

<sup>23</sup> <http://www.unsam.edu.ar/tss/medicamentos-lo-que-suba-cuando-el-estado-se-baja/>

índices de rentabilidad. La presencia de empresas de capital nacional entre las principales veinte firmas del país es muy significativa, mientras la producción pública representa un 15% del sector.

Su balanza comercial es estructuralmente deficitaria. Su carácter estructural implica una sustentabilidad frágil del sector, no sólo frente a problemas provenientes del frente externo de la economía, sino también en la capacidad local de garantizar la provisión de productos farmacéuticos esenciales. Las grandes importaciones que explican el déficit se deben a la falta de producción nacional de insumos requeridos para su desarrollo, pero también, como hemos desarrollado, por el vínculo intra-corporación multinacional. Allí, a través de “sobre facturación” de insumos importados, se desarrollan mecanismos de generación y apropiación de rentas monopólicas, remitidas al exterior e institucionalizada, además, a través del sistema de patentes de invención. En este marco, autores como Jorge Katz sostienen que el límite que parece haber para ciertas producciones de capital nacional o público no responde exclusivamente a consideraciones de índole tecnológica. Muchas drogas principales que usa la industria pueden ser localmente producidas, sin embargo, son importadas en el marco de los intereses de las empresas multinacionales. Es preciso avanzar hacia un análisis exhaustivo del sector, identificando productos con potencial para su producción y exportación, en el marco de un plan de sustitución de importaciones que disminuya el aporte de la industria farmacéutica a la restricción externa de la economía local, a la vez que impulse el desarrollo científico-tecnológico y la garantía de acceso a medicamentos para la población.

El desarrollo biofarmacéutico tiene enormes potencialidades. No sólo por su capacidad de inserción en mercados regionales, sino también, por el carácter industrializante sobre el entramado productivo nacional en general. El desarrollo de la biofarmacéutica juega un rol

central en la difusión intersectorial de conocimientos científicos y tecnológicos, a partir de las aplicaciones potenciales de plataformas desarrolladas inicialmente para el sector de la salud humana, en otros sectores industriales. No obstante, el carácter deficitario de las moléculas más complejas, existe un conjunto de moléculas biotecnológicas y biológicas donde la Argentina logró insertarse en los mercados mundiales y alcanza superávits crecientes desde mediados de los años noventa. Sólo con políticas públicas focalizadas podrá profundizarse dicho potencial exportador.

La investigación y desarrollo relacionado a la producción farmacéutica y biofarmaceutica se caracteriza por una elevada incertidumbre en sus procesos y prolongado tiempo de maduración. Ha sido el Estado el que históricamente ha invertido en actividades de I+D en Argentina, representando más del 70% del gasto total. Así, el apoyo, planificación y financiamiento estatal se vuelve estratégico en el marco de un proyecto de desarrollo industrial articulado al complejo científico-tecnológico. Pero, además, es fundamental en relación a la orientación de dichas investigaciones. Por ejemplo, la respuesta a enfermedades o epidemias locales que no son de interés para la gran industria, en tanto su reducida escala no garantiza el margen de ganancias exigido por el sector.

La producción pública de medicamentos y vacunas, de enorme valor sanitario y social, se encuentra limitada por algunos factores, entre los que podemos mencionar: la falta de habilitación nacional (ANMAT), las limitaciones de sus instalaciones y equipamientos, el tipo de institución y organización productiva, la falta de coordinación entre las ofertas de estos laboratorios y las demandas potenciales de hospitales, centros de atención primaria de la salud y diversos programas nacionales, entre otros. En este sentido, la producción pública de medicamentos se encuentra restringida, por un lado, por las características de un sistema

de salud descentralizado y fragmentado como el argentino. Y por otro, por importantes deficiencias de planificación integral que incluya el eslabonamiento de la política científica y tecnológica con la producción nacional de remedios.

Hemos reconstruido la evolución de la política estatal relacionada a la industria farmacéutica y al acceso a la salud. Destacamos el avance que significaron algunas políticas y normativas desplegadas entre mediados de la primera década del presente siglo, y la siguiente. La Ley 26.668/11 que declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, la consolidación del Plan Remediar+Redes, el efecto en precios y en la industria de la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico, la importancia de las compras gubernamentales y su articulación con el sector público, entre otras. Aun así, constatamos que el gasto en medicamentos y bienes sanitarios representaba una porción importante de los ingresos de las familias de sectores populares (representando 1/3 en algunas mediciones). Si bien destacamos los límites de presupuesto, institucionales y la falta de un plan integral en el periodo que articule los objetivos sanitarios con los industriales y científico-tecnológicos, el contraste con los datos desplegados en torno al periodo 2016-2019 es muy significativo.

En el marco de una economía que profundiza su centralización y extranjerización, y que pondera el mundo financiero por sobre el productivo, el gobierno encabezado por Mauricio Macri desplegó políticas de vaciamiento y desfinanciamiento de herramientas estatales que debían velar por el acceso a medicamentos y otros bienes sanitarios. También hemos mencionado cómo, aun cuando el sector manufacturero fue de los más golpeados del periodo, la industria farmacéutica ha sostenido enormes facturaciones, en el marco de un

descontrolado aumento de precios que no encontró ningún coto por parte del Estado. Así, se hicieron cotidianas las noticias en los diarios por faltantes de medicamentos y vacunas en instituciones públicas, recortes del calendario de vacunaciones, en la cobertura de PAMI, entre otras. La eliminación del Ministerio de Salud, el constante desfinanciamiento en Ciencia y Tecnología, y el trato hostil a investigadores y trabajadores de la salud, ponen de manifiesto el desinterés del macrismo por el acceso de la población a la salud pública.

Hemos intentado hacer un abordaje integral, que pondere una visión general, aunque sabemos en muchos aspectos se requiere un análisis pormenorizado. Entre otros interrogantes que quedan pendientes para futuras investigaciones podemos mencionar el potencial exportador y de sustitución de exportaciones de la industria farmacéutica y bio-farmacéutica; estrategias de articulación del complejo científico-tecnológico, industrial y el sistema de salud; el panel de grandes empresas que dominan el sector; el rol de la producción pública en el presupuesto sanitario, entre otros.

El presente artículo se enmarca en dos grandes perspectivas, a saber: 1) la importancia del desarrollo industrial nacional en articulación con el complejo científico-tecnológico, en tanto aporte a la diversificación productiva como estrategia para morigerar las cíclicas crisis de restricción externa que protagonizan la historia económica y política de la Argentina; y 2) el acceso a la salud pública para el conjunto de la población como derecho humano, teniendo así la producción de medicamentos, vacunas y bienes sanitarios un valor social de enormes dimensiones a ser garantizado por el Estado nacional. Entendiendo que el conocimiento estatal otorga autonomía económica a las sociedades, hemos intentado destacar algunos aspectos que consideramos fundamentales en el marco de un proyecto de país que vele por

el desarrollo soberano de la industria y garantice el acceso irrestricto a la salud pública, gratuita y de calidad.

## 10- Bibliografía

-Abeles, M. Cimoli, M. Lavarello, P. (2017). “Manufactura y cambio estructural. Aportes para pensar la política industrial en la Argentina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago, noviembre de 2017.

- Abrutzky, R.; Bramuglia, C.; Godio, C. (2008). Aspectos de la Política Nacional de Medicamentos Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico y Plan Remediar. Disponible en: < <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dt51.pdf> > [03 de junio de 2014] ANGIONO, P. (2005). Fusiones y adquisiciones en la industria farmacéutica: un análisis organizacional. Buenos Aires: cema

-Abrutzky, R., Bramuglia, C. y Godio, C. (2010). Diseño de políticas y el Sistema de Salud en la Argentina. Medicina y Sociedad. Año 30, Nº2, 1-9.

- Abrutzky, Rosana - Autor/a; Bramuglia, Cristina - Autor/a; Godio, Cristina - Autor/a; 2012. Análisis de la industria farmacéutica estatal en Argentina. Documentos de Jóvenes Investigadores no. 34. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

-Abrutzky, Rosana; Bramuglia, Cristina; Godio, Cristina. El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo. En revista Ciencia, Docencia y Tecnología. Vol. 26. Nº 51. Noviembre 2015. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.

-Abrutzky, R., Godio, C., & Bramuglia, C. (2018). Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI. Anuario Centro De Estudios Económicos De La Empresa Y El Desarrollo, (9). Recuperado a partir de <http://ojs.econ.uba.ar/index.php/CEEED/article/view/1028>

-Apella, I. (2006). Acceso a medicamentos y la producción pública de medicamentos. Caso argentino. Buenos Aires: CEDES. Buenos Aires. Arrow, K.J. (1967). Values and Collective Decision Making, En Philosophy, Politics and Society (pp. 338-352). Oxford: Basil Blackwell.

-Bramuglia, C.; Godio, C.; Abrutzky, R. (2013). Los laboratorios privados en la industria farmacéutica. Evolución y fusión de capitales, en: Revista Realidad Económica. Instituto Argentino de Desarrollo Económico y Social. n.º 278.

-Crojethovic, M. (2009) “Categorización de las iniciativas desarrolladas en los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires”. Trabajo presentado en las 5º Jornadas de jóvenes Investigadores, noviembre 4,5 y 6. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales.

-Gaggero, Schorr, Wainer (2014). “Restricción eterna, el poder económico durante el kirchnerismo”. Ciudad de Buenos Aires. Futuro Anterior Ediciones.

- Guiñazú, S. y J. Martínez (2017), “Impacto del apoyo público al sector farmacéutico en Argentina entre 2011 y 2015: una aproximación empírica a través del método de control sintético”, documento presentado en el VIII Congreso Nacional de Estudiantes de Postgrado en Economía, Bahía Blanca, Universidad Nacional del Sur, 22 a 24 de mayo.

- Gutman, G. y P. Lavarello (2015), “Early imitators in the context of the new technological paradigm: the (incipient) experience of Argentina’s biopharmaceutical industry”, documento resentado en la XIII Conferencia Internacional Globelics, La Habana, 23 a 25 de septiembre.
- Gutman, Graciela E.; Lavarello, Pablo José. El sector biofarmacéutico: desafíos de política para una industria basada en la ciencia. Publicado en: Manufactura y cambio estructural: aportes para pensar la política industrial en la Argentina. Santiago: CEPAL, 2017.
- Instituto Nacional de Tecnología Industrial (2007) “Estímulo a la producción pública de medicamentos” (en [www.inti.gov.ar](http://www.inti.gov.ar))
- Katz, Jorge (1974). Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina. Siglo XXI Argentina Editores S.A.
- Katz, J.; Bervovich, N. (1990). Biotecnología y economía política. Estudios del caso argentino. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina
- Lavarello, Goldstein, Pita. (2017). Sustitución de Importaciones en la Industria Biofarmacéutica Argentina: Una Estrategia con Blanco Móvil. J. Technol. Manag. Innov. 2017. Volume 12, Issue 1.
- Lavarello, P. y M. Minervini (2015), “El rol de la compra pública en la sustitución de importaciones de biológicos en Argentina”, documento preparado para el Proyecto PICT 2034. Estrategias empresariales frente a la revolución biotecnológica: el caso de la industria biofarmacéutica en Argentina, Buenos Aires, inédito.
- Lavarello, P. y M. Sarabia (2015), “La política industrial en la Argentina durante la década de 2000”, serie Estudios y Perspectivas - Oficina de la CEPAL en Buenos Aires, N°45

(LC/L.4142; LC/BUE/L.224), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

-Maceira, D. (Comp.). (2010). Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos. Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

-Maceira, D. (2010b) “Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina”, en Sistemas de Salud Comparados en América Latina, Knaul, F. coordinadora), IDRC, en prensa.

-Maceira, D., Apella, I. y Barbieri, E. (2005) “Análisis del Programa Remediar: Notas sobre su Evaluación y Seguimiento”, Oficina de Evaluación y Supervisión (OVE), Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Trabajo N° 09, septiembre.

-Ministerio de Salud y Desarrollo Social- Presidencia de la Nación. Secretaria de Gobierno de Salud. (2014). Información Pública y Comunicación. Disponible en <http://www.msal.gob.ar/prensa/index.php/noticias-de-la-semana/2127-reglamentan-la-ley-de-produccion-publica-de-medicamentos>

- Infografía Medicina Prepaga. Observatorio de Políticas Públicas de la UNDAV (módulo de Políticas Económicas). Coordinador: Mg. Santiago Frascina.

-Pita, J. y G. Lucero (2013), “Medicamentos de alto costo en la Argentina: el caso de los biotecnológicos y biosimilares”, documento presentado en el V Congreso Anual de la Asociación de Economía para el Desarrollo de la Argentina (AEDA), Buenos Aires, 10 y 11 de septiembre.