

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Departamento de Ciencia Política y Gobierno

Tesina de Graduación

*Aprovechando la coyuntura favorable para innovar:
el caso de la política de medicamentos*

Macarena S. Davies

Director: Juan Carlos Torre

Firma:

Junio 9, 2003

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mi tutor, Juan Carlos Torre, por su paciencia, tiempo y dedicación. También quiero expresar mi agradecimiento a las personas a quienes entrevisté, Jorge Mera, Federico Tobar, Justo Carbajales, Jorge Coronel, Miguel Maito, José Luis Tombazzi y Andrea Rodríguez Perés. A ellos les debo la información más valiosa en este trabajo. Por último, pero no menos importante, agradezco a quienes me ayudaron a lo largo de toda la carrera y, especialmente, durante estos últimos meses de trabajo: mis padres, mis hermanos y Luis.

INDICE

INTRODUCCIÓN	5
 CAPÍTULO I	
EL MERCADO DE MEDICAMENTOS	10
1. La oferta	11
1.1 Los laboratorios	11
1.2 Las reglas de juego	14
1.3 Los efectos del cambio de reglas	15
1.4 Las farmacias, droguerías y distribuidoras	17
2. La demanda	18
3. La política nacional de medicamentos	20
3.1 La estrategia de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico.....	21
3.2 La nueva política y sus alternativas	22
 CAPÍTULO II	
INTENTOS PREVIOS	27
1. Primeros intentos de regulación	27
2. La década del 90´	28
3. Qué nos dicen los antecedentes	31
 CAPÍTULO III	
LA HISTORIA	34
1. La crisis repercute en el mercado de medicamentos	34
2. El Presidente Eduardo Duhalde toma las primeras medidas	36
3. La gestión de Ginés González García	38
3.1 Se pone en marcha la Mesa Sectorial de Salud	38
3.2 El Ministro de Salud se lanza hacia la búsqueda de acuerdo voluntarios con la industria	39

3.3 Comienza la batalla por la controvertida política	41
3.4 El Ministro de Salud busca la aprobación de una Ley Nacional	45
3.5 La respuesta de la industria	49
3.6 Los últimos acontecimientos	50
CAPÍTULO IV	
EL ANÁLISIS	53
1. La crisis: una ventana de oportunidad	53
2. Ginés González García: un emprendedor de políticas	55
3. La confluencia de un problema, una solución y un conjunto de apoyos	57
3.1 El acceso a los medicamentos: un problema público	57
3.2 La utilización del medicamento por su nombre genérico	60
3.3 La Mesa de Salud: un conjunto de apoyos	64
4. Conclusión: la combinación exitosa	72
COMENTARIOS FINALES	77
BIBLIOGRAFÍA	82

INTRODUCCIÓN

La industria farmacéutica es la tercer industria del país. En el año 2001, facturó \$3.000 millones de pesos¹. El 94% de las ventas totales se generan en el mercado interno. Está compuesta por 300 empresas nacionales y extranjeras que elaboran un total de 7.500 productos en 10.000 presentaciones diferentes. Las empresas de origen nacional controlan más del 50% del mercado (INDEC, 2002).

Desde su desarrollo en los años 50', la industria farmacéutica argentina se convirtió en uno de los sectores más relevantes de nuestra economía y con mayor poder de lobby. Hoy, los medicamentos son uno de los productos más importantes del mercado y su peso se acrecienta al considerar el rol social que juegan como bienes necesarios para mejorar la calidad de vida de la población. Algunos estudios revelan que en nuestro país el 90% de las consultas médicas terminan en una receta y que más del 30% del presupuesto del sistema de salud se invierte en medicamentos (González García, 1994).

Por esto, inevitablemente, la industria farmacéutica argentina atrae las miradas del público y de lo público y sus productos están, literalmente, en boca de todos.

Más concretamente, ello ocurrió en tiempos recientes cuando, debido a la crisis económica, política y social en la que fue envuelto el país desde fines del año 2001, la venta de medicamentos cayó un 42%, los precios se dispararon y el acceso de la población a los fármacos quedó seriamente comprometido. En respuesta a estos problemas y con el objetivo de ampliar la competencia y disminuir la brecha de precios existente entre las distintas marcas comerciales de similares especialidades medicinales, en marzo de 2002 el Ministerio de Salud del gobierno del Presidente Eduardo Duhalde impulsó la política de utilización del medicamento por su nombre genérico. Esta política obliga a los profesionales de la salud a recetar fármacos utilizando el nombre de su droga básica – nombre genérico- en lugar de su nombre comercial. A su vez, el nombre genérico también

debe aparecer en los envases, rótulos y prospectos de los medicamentos, en todos los textos normativos y en las publicidades que los laboratorios dirijan al público para promocionar sus productos. Además, en las farmacias, los farmacéuticos deben informar al público sobre todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos, y los distintos precios de esos productos, de forma tal que el paciente pueda elegir el medicamento que más le convenga.

La iniciativa del gobierno de Eduardo Duhalde cambió radicalmente las reglas de juego, a contramano de los intereses de la industria, ya que al sustituir la marca por el nombre genérico de los fármacos le quitó a los laboratorios su principal instrumento de comercialización. En efecto, la marca o nombre comercial permite a la empresa farmacéutica diferenciar su producto y proteger su mercado ya que cuando el médico prescribe utilizando una marca no sólo está seleccionando un medicamento sino también un fabricante. A partir de la política, la diferenciación del producto a través de su nombre comercial como estrategia para aumentar los precios y forzar un aumento en las ganancias, pierde sentido.

Pese a las críticas, presiones y campañas mediáticas encabezadas por el sector farmacéutico, la política se convirtió en Ley Nacional. El proceso de implementación todavía no ha concluido y restan muchas preguntas acerca del verdadero impacto y capacidad de transformación del status quo. Sin embargo, tuvo la virtud de sentar un precedente que deberá ser considerado en futuros análisis sobre la forma en que se elaboran las políticas de medicamentos en la Argentina: la neutralización de los intereses de la industria farmacéutica.

En este sentido, la pregunta que intentaremos responder a lo largo del trabajo es la siguiente: *¿Cómo fue posible que una política tan perjudicial para el negocio farmacéutico haya sido aprobada?* A nuestro juicio, la explicación hay que buscarla en los cambios que una coyuntura de crisis introduce en la dinámica del proceso decisorio de las políticas públicas. Así, entendemos que la nueva política fue posible gracias a la habilidad

¹ Los datos provienen de las mayores empresas privadas del sector, las cuales representan aproximadamente

demostrada por el gobierno para neutralizar el poder de veto de la industria a partir de la combinación exitosa de un problema, una solución y un conjunto de apoyos. Esta combinación fue posible porque la coyuntura de crisis económica y política tuvo la virtud de colocar el tema del acceso a los medicamentos en la agenda de gobierno, de generar una disposición a la acción por parte de las autoridades políticas y de desestabilizar a todos los actores y coaliciones del sistema de salud.

La particularidad del caso reside en la naturaleza del cambio producido. Esto es, la intervención del Estado en el mercado de medicamentos a través de la introducción de una nueva norma respondió a una decisión excepcional tomada en circunstancias excepcionales y en forma casi inesperada. En consecuencia, el análisis que realizaremos intenta poner el acento en que las políticas públicas innovadoras no siempre se implementan en forma incremental y mediante una concentración gradual de poder y recursos. Algunas veces, son las propias situaciones de crisis y dispersión del poder las que abren un espacio en el sistema político para que desde el vértice del gobierno se logre combinar exitosamente un problema, una solución y un conjunto de apoyos.

El marco teórico que mejor se adapta para dar cuenta de la situación antes descripta es el que elaboró John W. Kingdon. A partir de una investigación realizada entre 1976 y 1978 sobre cómo se definieron y decidieron las políticas de salud y transporte en los Estados Unidos, Kingdon logró perfeccionar el modelo del *Garbage Can*² (Cohen, March y Olsen, 1972) proveniente de la teoría organizacional y avanzar en la construcción de una teoría sobre cómo se hacen las políticas públicas (Kingdon, 1995).

el 85% de la facturación total de la industria (INDEC, 2002).

² En el modelo del *Garbage Can* las decisiones son entendidas como resultado de la confluencia de cuatro corrientes o flujos: problemas, soluciones, personas y oportunidades de elección. Cada una de estas corrientes es relativamente independiente de las otras y tiene su propia lógica de funcionamiento. El grado de aleatoriedad de los momentos de intersección de los flujos -la oportunidad de elección- está en permanente discusión entre los analistas organizacionales y hace al proceso más o menos anárquico. Entonces, el proceso decisorio es entendido como un “bote de basura” (*garbage can*) en el que varios tipos de problemas y soluciones son “arrojados” por las personas constantemente. El resultado, o sea, la política pública a implementar, depende de cómo interactúen y confluyan los elementos de cada una de las corrientes (Cohen, March, y Olsen, 1972).

Según este autor, no basta conocer las relaciones de poder que dominan el sistema social para poder comprender la lógica del proceso decisorio y para hacer predicciones sobre los resultados. Al respecto, argumenta que periódicamente surgen circunstancias excepcionales que alteran la trayectoria de la dinámica política del proceso decisorio y permiten la adopción de innovaciones que modifican el statu quo. Estas circunstancias excepcionales convierten a la gestión del Estado y de sus respectivas agencias en una suerte de “anarquía organizada”. Con esto quiere decir que el proceso de toma de decisiones se torna difuso, poco estructurado y, muchas veces, impredecible (Kingdon, 1995). En este trabajo veremos que la idea de “anarquía organizada” sirve para comprender la forma en que la política de utilización del medicamento por su nombre genérico se filtró desde el Ministerio de Salud hasta la Cámara de Diputados de la Nación pasando por la Mesa de Salud, la Presidencia, el Senado de la Nación y las legislaturas provinciales. Para entender esto, utilizaremos la lógica de la confluencia de problemas, soluciones y apoyos que desarrolló Kingdon.

En primer lugar, Kingdon plantea la existencia de tres procesos: problemas, políticas (*policy*) y política (*politics*). Así, los tres principales sucesos en la elaboración de políticas son: (1) identificación de un problema; (2) formación y redefinición de las alternativas de política que le darán solución y (3) búsqueda de los apoyos políticos necesarios para su aprobación. Cada uno de ellos se desarrolla y opera independientemente de los demás.

La clave para entender la formación de las políticas es la confluencia de estos tres procesos. Es decir, en algún momento dado, un problema es identificado para el cual hay una solución o política disponible y, además, el sistema político está preparado para impulsar un cambio. La identificación de estos momentos o “ventanas de oportunidad” (*policy windows*) es crucial tanto para el investigador como para el hacedor de políticas.

Por lo tanto, con la ayuda de la teoría de Kingdon intentaremos explicar que la política de utilización del medicamento por su nombre genérico es el resultado de la combinación (a) del problema del acceso a los fármacos con (b) la alternativa de la

utilización del medicamento por su nombre genérico y con (c) una amplia base de apoyo a la iniciativa del gobierno. La confluencia de estos tres elementos fue posible gracias a la coyuntura excepcional de fines de 2001 y principios de 2002 que reestructuró la agenda de gobierno y reacomodó el esquema de fuerzas entre la industria y las autoridades gubernamentales.

La organización expositiva de este trabajo será la siguiente. En el próximo capítulo haremos una breve descripción del mercado de medicamentos, de la industria farmacéutica argentina y de la política nacional de medicamentos impulsada por el Ministerio de Salud del gobierno de Eduardo Duhalde. A continuación, presentaremos algunos antecedentes de esta política, es decir, ocasiones en las que el Estado intentó, sin mucho éxito, cambiar las reglas de juego del mercado de fármacos. Luego, nos detendremos en el contexto económico, político y social que permitió que el tema del acceso a los medicamentos entrara en la agenda de gobierno e impulsara la política de utilización del medicamento por su nombre genérico. Finalmente, volveremos al esquema de Kingdon para explicar en clave analítica cómo fue posible que una ley que perjudica la rentabilidad de las empresas de la industria farmacéutica haya sido aprobada.

CAPÍTULO I: EL MERCADO DE MEDICAMENTOS

Como establecimos en la Introducción, en este capítulo presentaremos las principales características del mercado de medicamentos argentino. El énfasis estará puesto en el comportamiento de los actores que en él participan y en los factores que dificultan el establecimiento de un punto de equilibrio.

Comencemos hablando acerca del tamaño y composición de este mercado. Después de los automóviles y carnes, lo que más se vende en nuestro país son medicamentos. En términos relativos, el mercado de medicamentos representa el 3.37% de la producción nacional. A su vez, con una participación del 1.2% en las ventas mundiales, la Argentina integra el grupo de países de alto consumo de fármacos (ISALUD, 1999). Durante los años 90', se produjo una importante expansión del mercado nacional, no sólo por el aumento de las ventas sino también por el incremento de los precios.

En este mercado, la oferta está compuesta por los laboratorios nacionales y extranjeros, las distribuidoras, las droguerías y las farmacias. Por el lado de la demanda se encuentran los pacientes, los médicos y las obras sociales y prepagas.

Cómo determinar el punto de equilibrio entre la oferta y la demanda en un mercado de bienes considerados fundamentales para garantizar a la población una adecuada calidad de vida ha sido motivo de debate durante muchos años. En este sentido, el problema parece tener dos caras: por un lado, está la pregunta de cómo frenar el aumento sostenido del precio de los medicamentos, procurar avanzar en su accesibilidad y mejorar el bienestar de la sociedad. Por el otro, está la cuestión de cómo consolidar las capacidades tecnológicas locales y lograr la inserción de las empresas de capital nacional en el mundo. Lo cierto es que este debate siempre se dio en un contexto de intereses en conflicto entre un Estado –supuestamente- preocupado por asegurar el acceso a medicamentos seguros, eficaces y a precios razonables y una industria que procura la expansión de su mercado. Por eso, cualquier política destinada a regular el mercado de medicamentos es parte de la política

industrial y de salud del país. En efecto, en Argentina, ha sido frecuente la coexistencia de políticas fragmentadas y polarizadas entre el interés industrial y el sanitario produciendo consecuencias no deseables como, por ejemplo, la falta de aplicación de normas y controles de seguridad, eficacia y calidad, ineficiencia, burocratización y corrupción (González García, 1994).

Desde el control de precios hasta la liberalización y desregulación, el mercado de medicamentos ha sido víctima de los más variados intentos por aplicar instrumentos que armonicen la relación entre productores y consumidores. La política de utilización del medicamento por su nombre genérico es uno de esos instrumentos que tiene por objetivo disminuir la brecha de precios, controlar el gasto y garantizar el acceso³.

El tipo de herramientas utilizadas por cada país para regular el mercado es función de las características que la oferta y demanda de medicamentos tengan en ese país. Es decir, la estrategia implementada no será la misma en un país productor de fármacos que en uno importador. Por otro lado, los hábitos de consumo, el tipo de financiación, la situación epidemiológica de la población y la fuerza relativa de los diferentes actores del mercado también condicionarán la elección de esa estrategia (Tobar y Godoy Garranza, 2001). Por eso, antes de estudiar el tipo de política implementada en la Argentina, haremos un breve análisis sobre las características y comportamiento de la oferta y demanda de medicamentos en este país.

1. La oferta

1.1. Los laboratorios

Los laboratorios son los principales proveedores de medicamentos del mercado. Hoy, la industria farmacéutica está compuesta por 300 empresas productoras; sin embargo, el nivel de concentración es bastante elevado. Si bien el núcleo principal de la industria está

formado por aproximadamente 75 empresas, sólo las primeras cuatro (Roemmers – Argentina-, Bago –Argentina-, Roche –Suiza- y Glaxo –Reino Unido) absorben el 25% de las ventas.

Además, la industria farmacéutica argentina se caracteriza por ser bastante heterogénea pues en ella conviven laboratorios nacionales, extranjeros y públicos. A su vez, todos ellos pueden ser subdivididos en multinacionales –todas las empresas extranjeras más dos de capitales argentinos- y nacionales⁴. Además, existen unos 25 laboratorios estatales dependientes de distintas instituciones –municipios, universidades nacionales, Fuerzas Armadas- que producen medicamentos con el objetivo de autoabastecerse. Los laboratorios públicos carecen de autorización para vender sus productos en el mercado pero pueden proveer al sistema sanitario público. Las empresas privadas de origen nacional controlan la mitad del negocio farmacéutico. Dentro del mercado interno, las ventas de medicamentos manufacturados en el país son las más significativas (alrededor del 71% de la facturación total); aunque buena parte de ellos tienen como insumos drogas producidas en el exterior (INDEC, 2002).

Desde hace varios años, los intereses de la industria son representados por las cámaras de productores farmacéuticos que agrupan a los laboratorios según su tamaño y origen. La Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) representa al sector multinacional desde los años 50'. Mientras el Centro Industrial de Laboratorios

³ Vale la pena aclarar que, internacionalmente, la utilización del medicamento por su nombre genérico es considerada, simplemente, una de las tantas herramientas utilizadas para lograr la institucionalización de una política más general de promoción de medicamentos genéricos (Tobar y Godoy Garranza, 2001).

⁴ Los laboratorios de empresas multinacionales producen **medicamentos originales o innovadores**, es decir, aquellos que contienen un principio activo nuevo al que se le ha realizado una investigación y desarrollo completo. Son por tanto, los primeros, y a veces los únicos, que aportan datos de seguridad y eficacia terapéutica del principio activo. Generalmente, son comercializados en distintos países por el mismo titular e, incluso, con el mismo nombre. En cambio, los laboratorios nacionales producen tanto medicamentos con **licencias o segundas marcas** como **copias o productos esencialmente similares** a los innovadores. Los primeros, son medicamentos originales comercializados por compañías farmacéuticas que cuentan con autorización expresa del laboratorio innovador. Los segundos, son aquellas especialidades medicinales que salen al mercado después del medicamento innovador, que contienen el mismo principio activo pero sin la licencia del medicamento original. Al carecer de ensayos clínicos propios, basan sus datos de seguridad y eficacia terapéutica en la documentación que existe sobre dicho principio activo. La mayoría de las copias se denominan con una marca comercial que les permite, una vez en el mercado, competir con el innovador y las licencias como “uno más”. También existen copias cuyo nombre es el del principio activo -nombre genérico-seguido del nombre del fabricante (www.msal.gov.ar).

Farmacéuticos Argentinos (CILFA) defiende los intereses de los grandes laboratorios de capital nacional productores de medicamentos de marca, la Cooperativa de Laboratorios Argentinos de Especialidades Medicinales (COOPERALA) nuclea a las pequeñas y medianas empresas argentinas también productoras de medicamentos de marca (Grillo, 1990). Por último, la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario (CAPGEN) representa a los laboratorios elaboradores de medicamentos con nombre genérico, principales proveedores de fármacos a hospitales y sanatorios.

Internacionalmente, la industria farmacéutica goza de una considerable libertad de acción producto de su constitución como *“proveedor oligopólico de un bien muchas veces poco flexible al precio en mercados en los que priman los esfuerzos de diferenciación de producto y las grandes diferencias de precio entre productos de igual contenido terapéutico”* (Katz, 1997: 15). Es interesante destacar que los monopolios u oligopolios existen especialmente por grupo terapéutico –antiácidos, vitaminas, penicilinas, analgésicos, tranquilizantes, etc. Es decir, la concentración y falta de competencia se registra en cada grupo de drogas y no a nivel del mercado de medicamentos en forma agregada (González García, 1994). Esto hace que las empresas innovadoras basen sus utilidades en muy pocos productos e insistan tanto en el avance de las protecciones de las patentes. La estructura y comportamiento de las empresas farmacéuticas en el mundo responden al ritmo innovador que éstas tengan, es decir, *“al ritmo de descubrimiento y comercialización de nuevos principios activos de uso terapéutico”* (Katz, 1997: 27). Se trata de una industria líder en investigación, desarrollo, producción, comercialización, marketing y, principalmente, ganancias. La permanencia de precios elevados es una estrategia utilizada por la industria para la acumulación de capital y excedente, necesaria para mantener el liderazgo innovativo y la concentración industrial (González García, 1994).

1.2. Las reglas de juego

En la Argentina, hasta la década del 90', el desarrollo de la industria se apoyó sobre un marco institucional caracterizado por tres factores: (1) el otorgamiento de prioridad a las firmas de capital nacional en el registro de nuevos productos farmacéuticos; (2) el no reconocimiento de patentes de producto y (3) el mantenimiento de un alto nivel de protección arancelaria para la producción doméstica de materias primas farmacéuticas (Katz, 1997). De esta manera, las empresas de capital nacional encontraron muy conveniente y rentable la producción de especialidades medicinales de marca propia copiando, en el “ciclo del producto”, moléculas descubiertas en países innovadores. En este sentido, el éxito de las empresas locales ha girado en torno al lanzamiento de “nuevos” productos al mercado –basados en combinaciones de principios activos conocidos. A su vez, la forma en que han obtenido las materias primas farmacéuticas –a través de la autoproducción, de la integración vertical hacia la fabricación local de materias primas o de la importación desde países que no reconocían derechos de patentes como España, Italia, India o China- les permitió tener precios competitivos. En cambio, los laboratorios de capitales extranjeros se han dedicado a comercializar productos e insumos desarrollados por sus casas matrices los cuales adquieren a precios de transferencia superiores a los de los mercados ‘no patentistas’ (Katz, 1997). En efecto, hasta fines de los 90', al amparo de una legislación no restrictiva en materia de patentes, las empresas nacionales presentaron un más rápido ritmo de lanzamiento de nuevos fármacos que las extranjeras (Grillo, 1990). Esto, sumado al hecho de que el precio promedio de un producto nuevo podía hasta triplicar el precio medio del mercado, desembocó en una mayor participación del sector nacional en las ventas totales de la industria⁵.

Durante los años 90' se produjeron varias reformas de carácter liberal que alteraron el marco regulatorio sobre el que se había apoyado el desarrollo de la industria. La apertura

⁵ Otro de los factores que contribuyó al mayor éxito de las empresas nacionales respecto de las extranjeras fue el canal de comercialización y especialización montado por las primeras. Este canal aún hoy se apoya sobre un gran número de visitadores médicos altamente capacitados y sobre una considerable infraestructura de ventas en la que han gastado más que los laboratorios de capital extranjero (Katz, 1997).

externa de la economía, la desregulación de la actividad económica y la revitalización de la competencia se convirtieron en los nuevos pilares del sistema económico argentino. En este contexto, se produjeron cinco cambios importantes: (1) la eliminación del control de precios en medicamentos; (2) la simplificación del mecanismo de acceso a los nuevos registros de producto; (3) la modificación de la ley de patentes⁶; (4) la reducción arancelaria y (5) el avance en el proceso de integración del MERCOSUR (Katz, 1997). Cada uno de estos cambios apuntaban a restituir la competencia entre los productores de medicamentos, disciplinarlos en su conducta de precios y reducir las barreras de ingreso al mercado. Para esto, se intentó incentivar la importación de medicamentos a través de reducciones arancelarias y modificaciones en el registro de productos.

1.3 Los efectos del cambio de reglas

Frente a estas reformas, los laboratorios extranjeros y de capital nacional se comportaron en forma diferente. Los primeros, fueron beneficiados y atraídos por el nuevo panorama. La estabilidad macroeconómica, la apertura externa, la libertad de precios, la existencia de un precio promedio relativamente alto según estándares internacionales, la automaticidad en el registro de nuevos productos y la posibilidad de promulgación de una ley de patentes hicieron que algunas de las firmas que habían abandonado el país decidieran retornar y que las que se habían quedado intentaran recuperar posiciones en el mercado o iniciaran planes de expansión basados en la construcción de nuevas plantas farmacéuticas (Katz, 1997).

Respecto a las empresas de capital nacional, la mayor parte optó por sustituir las materias primas localmente fabricadas por principios activos importados y concentrarse en los tramos finales del proceso de fabricación de medicamentos. Varias de las firmas medianas-grandes se volcaron a la búsqueda de nuevas formas de asociación con las empresas del sector extranjero. Algunas de ellas también se interesaron por abastecer el

⁶ A partir de la aprobación de la Ley N° 24.481 en 1995, se estableció la protección patentaria durante 20 años para productos y procesos. Además, se estableció un período de transición (entre 1995 y 2000) para solicitud de patentes. A la fecha, sólo se han otorgado doce patentes (Tobar, 9/04/2003)

mercado de medicamentos con nombre genérico y lograr un nuevo equilibrio en la composición de sus ventas. A su vez, dentro del grupo de los laboratorios más pequeños se registró un fuerte proceso de mortandad empresaria⁷.

Pese a todos estos cambios, los precios de los medicamentos siguieron subiendo. La liberalización, desregulación y apertura de la economía no produjo, al menos en la industria farmacéutica, el resultado esperado. En efecto, durante toda la década, la cantidad de unidades vendidas disminuyó en un 11%, mientras que la facturación creció en un 80%. Esto se debió, por un lado, a la baja elasticidad/precio de los medicamentos y, por otro, a las “pseudo-innovaciones”, esto es, nuevos productos con diferencias parciales respecto de los ya existentes en el mercado (por ejemplo, medicamentos que se disuelven más rápido, que dan menos acidez o que, al ser más potentes, deben ser ingeridos durante menos tiempo). A pesar del congelamiento de precios impulsado por la industria en 1993, el precio promedio de los fármacos en el 2001 era 160 veces superior al de principios de los 90⁷. Teniendo en cuenta que no hubo inflación durante toda la década y que la elasticidad de la demanda de medicamentos es muy baja, sólo puede atribuirse el aumento a las estrategia de comercialización de la industria. Es decir, al rápido ritmo de lanzamiento de “nuevos” productos, los cuales ingresaron al mercado con precios que podían hasta triplicar el precio medio (Ministerio de Salud de la Nación, 2002a).

El incremento del precio promedio de los medicamentos trajo aparejado aumentos en los costos de los tratamientos médicos y problemas de acceso a los fármacos en amplios sectores de la sociedad.

⁷ Como establece Katz, la Argentina es hoy un país con capacidad tecnológica local y una incipiente base industrial en ramas de la química fina y en la producción de biológicos. Sin embargo, comparada con la industria farmacéutica de países desarrollados, la de nuestro país exhibe un desarrollo sistémico más fragmentario e inmaduro. Por eso, históricamente, esta industria ha encontrado dificultades para penetrar en los mercados mundiales de materias primas farmacéuticas y de especialidades medicinales. Este fenómeno se acentuó aún más luego de las reformas mencionadas (Katz, 1997).

1.4. Las farmacias, droguerías y distribuidoras

A continuación, haremos una breve descripción del resto de los actores que componen la oferta de medicamentos.

Respecto de las farmacias, son más de doce mil y se distribuyen por todo el territorio nacional, con mayor concentración en las áreas más pobladas. Constituyen un sector muy importante pues, al igual que los laboratorios, son formadoras de precios. A su vez, es a través de ellas que los medicamentos llegan a la población. Durante los años 90', las farmacias se beneficiaron del aumento de precios pues sus ganancias se basan en un porcentaje del precio de venta al público. Sin embargo, dada la magnitud de la crisis desatada en el 2001, las ventas se desmoronaron y los problemas de abastecimiento alcanzaron niveles inesperados. Según una investigación de la Confederación Farmacéutica de la República Argentina Argentina (COFA) realizada a comienzos del año 2002, una de cada cuatro personas que entraban a la farmacia para adquirir un medicamento se retiraba sin comprarlo. Además, debido a la habilitación que en 1992 se le dio a los supermercados y kioscos para vender medicamentos de venta libre, las farmacias perdieron una importante porción del mercado.

En cuanto a las distribuidoras y droguerías, en sus orígenes éstas eran parte de una estrategia empresarial para minimizar los costos de las transacciones a través del almacenaje y la distribución. Sin embargo, en los últimos tiempos, han ganado espacio y han comenzado a competir por precios y márgenes de comercialización. En este sentido, más del 86% de las ventas de medicamentos que efectúan hoy los laboratorios se dirigen hacia droguerías y mayoristas, quienes concentran el grueso de la distribución hacia las farmacias. Muchas de las droguerías, distribuidoras y farmacias están integradas a la cadena de comercialización de los laboratorios como forma de aumentar la rentabilidad y competitividad del negocio (Tobar, Ventura, Montiel, Falbo, 2002).

Como vemos, dada la intrincada red de provisión de medicamentos que forman los laboratorios, las farmacias, las distribuidoras y las droguerías, la estructura de la oferta del

mercado de medicamentos es bastante compleja. En consecuencia, existe una constante puja de intereses e intentos de influir en la conformación del precio final de los fármacos. Veamos ahora qué pasa por el lado de la demanda.

2. La demanda

En el mercado de medicamentos la demanda está compuesta por los pacientes, los médicos y las obras sociales y prepagas. Las características de esta demanda son muy particulares pues “*quien consume (el paciente) no elige, quien elige (el médico) no paga y quien paga o cofinancia parte de ese consumo (obras sociales y prepagas) no elige ni consume*” (Tobar, Ventura, Montiel y Falbo, 2002). En efecto, cada uno de los demandantes tiene distinto tipo de participación en el mercado.

Por el lado de los pacientes, éstos suelen confiar ciegamente en la palabra del médico y en la eficacia de los medicamentos para combatir las enfermedades. En general, consumen fármacos sin tener información suficiente respecto de las distintas marcas, drogas y precios en el mercado. Por eso, el médico tiene un papel fundamental en la conformación de la demanda pues no sólo decide sobre la necesidad del paciente de consumir un remedio sino también sobre la droga que debe comprar, la marca, el fabricante y, sin quizás pretenderlo, el precio que pagará por ella. La mayor parte de la información que manejan los médicos respecto de los medicamentos en el mercado proviene de la publicidad, muestras gratis, cursos y conferencias que provee la industria farmacéutica. Es por esto que, muchas veces, no conocen todas las opciones y precios existentes (Tobar, Ventura, Montiel y Falbo, 2002; González García, 1994).

Respecto a las obras sociales y prepagas, éstas actúan de financiadoras o cofinanciadoras del gasto en medicamentos, es decir, son un tercer pagador. Al establecer qué medicamentos financia y en qué medida, la Seguridad Social también orienta la demanda. Se estima que las obras sociales gastan entre un 9% y un 13% de sus recursos en

remedios⁸. El PAMI, por ejemplo, representa hoy el 40% del mercado de medicamentos y, debido a un acuerdo con la industria farmacéutica suscripto en 1997, adquiere los fármacos en forma directa desde los laboratorios a precios fijos. Entonces, el hecho de que, muchas veces, los fármacos sean abonados por un tercer pagador –la obra social, la prepaga, el Estado- contribuye a que algunos usuarios no presten demasiada atención al precio que están abonando por ellos (Tobar, Ventura, Montiel y Falbo, 2002).

Entonces, el principal efecto de esta compleja relación entre paciente, médico y tercer pagador es que la demanda es casi inelástica y que los laboratorios farmacéuticos pueden fijar los precios no de acuerdo al costo sino a lo que el mercado puede pagar. Esta situación explica buena parte del aumento de precios que se produjo en la década pasada.

En definitiva, dados los altos precios y la magnitud del consumo de fármacos que se registra en nuestro país, más del 30% del gasto total en salud se invierte en remedios. Pese a la existencia de cofinanciadores, alrededor del 70% del gasto en medicamentos es financiado por los hogares. En consecuencia, *“el costo de los medicamentos impacta directamente sobre el bolsillo de los consumidores”* (Tobar, Ventura, Montiel y Falbo, 2002: 10).

Según cifras publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, el 20% de los hogares más pobres (1° quintil) emplea el 78% de los ingresos que destina a salud para la compra de medicamentos, mientras el 20% de los hogares más ricos gasta el 41%. Se trata entonces de un bien cuya financiación es sumamente regresiva pues el precio de los fármacos es el mismo tanto para hogares pobres como para ricos (Ministerio de Salud de la Nación, 2002b).

Al hacerse cargo del gobierno, el Presidente Eduardo Duhalde se confrontó a una grave emergencia en materia de medicamentos. Como consecuencia de la recesión, el desempleo, los problemas de financiamiento de la Seguridad Social, la pérdida del poder adquisitivo del dinero y, especialmente, del fuerte aumento de precios que se produjo a

⁸ Estos datos corresponden al año 1998 (Tobar, Ventura, Montiel, Falbo, 2002)

principios de 2002, se calcula que, respecto del año 2001, el consumo de medicamentos cayó un 42%. En efecto, hoy los medicamentos están fuera del alcance de amplios sectores de la población. Según el Ministerio de Salud, durante los últimos años, la dificultad para acceder a los medicamentos se ha constituido en la principal barrera para lograr un cuidado médico apropiado (Ministerio de Salud de la Nación, 2002a).

3. La política nacional de medicamentos

En base a la situación de emergencia sanitaria y a las características y fallas del mercado de medicamentos argentinos, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró, en los primeros meses del año 2002, una política nacional de medicamentos tendiente a ampliar la competencia, lograr el descenso de la dispersión de precios existente entre las distintas marcas comerciales de cada grupo terapéutico y garantizar el acceso de la población a los fármacos esenciales. ¿En qué consiste esta nueva política? Se trata de una política apoyada sobre tres pilares: (1) la obligatoriedad para todos los profesionales del sistema de salud de la prescripción del medicamento por nombre genérico⁹ y la habilitación al farmacéutico profesional para dispensar la alternativa comercial que contenga el mismo principio activo, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase escogida por el paciente; (2) la financiación selectiva a través del establecimiento de un listado único de medicamentos -Formulario Terapéutico Nacional (FTN)- que deben ser cofinanciados obligatoriamente por todas las obras sociales y prepagas¹⁰ y (3) la provisión pública de fármacos a través del Programa Remediar, el cual alcanza a aquellos en situación socioeconómica más vulnerable que no tienen acceso a la farmacia y/o a una cobertura de la Seguridad Social –alrededor de 15 millones de personas (Tobar y Godoy Garranza, 2002).

⁹ El profesional está habilitado para sugerir una marca comercial e incluso imponer tal elección siempre que escriba en la receta una justificación científica de esta decisión.

¹⁰ Además, esta medida se complementa con la implementación de precios de referencia para los medicamentos cubiertos. *“Esto significa que para cada grupo de alternativas comerciales de un mismo medicamento genérico se establece un valor fijo a ser financiado por las entidades. Este valor es equivalente al 40% del promedio simple de los precios de las distintas alternativas comerciales del medicamento en cuestión, y se actualiza periódicamente. La cobertura real brindada varía entonces en función de la elección*

A los fines de este trabajo, el principal aspecto de la política nacional de medicamentos que me interesa analizar es el de la obligatoriedad de la utilización del medicamento por su nombre genérico y la habilitación al farmacéutico para sustituir –con el consentimiento del paciente- el medicamento recetado por el médico.

3.1. La estrategia de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico

Según establece el Ministerio de Salud de la Nación, el nombre genérico o Denominación Común Internacional (DCI) es el verdadero nombre de los medicamentos. Además, es la denominación con que éstos se conocen y divulgan en los medios científicos y académicos y es la manera de nombrarlos que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este nombre hace referencia al principio activo contenido por la especialidad farmacéutica, es decir, a la parte responsable por la acción terapéutica que se espera, sea la cura de una enfermedad o la atenuación de los síntomas (Ministerio de Salud de la Nación, 2002a). Sin embargo, en nuestro país la venta de remedios se ha realizado siempre apelando a las marcas comerciales o nombres de fantasía. Dadas las características de la demanda de medicamentos que analicé al comienzo y a las estrategias de marketing de los laboratorios¹¹, el resultado es que médicos, pacientes, obras sociales y prepagas se han acostumbrado a recetar y consumir determinadas marcas, con cierto desconocimiento de los principios activos y acción terapéutica del fármaco en cuestión. A su vez, la dispersión de precios existente entre las distintas marcas comerciales no es conocida por los demandantes y, por lo tanto, no pueden comparar y elegir la alternativa que mejor se adecue a su presupuesto. Esta situación, clama el Ministerio, favorece un crecimiento desproporcionado del gasto en salud e impide que los medicamentos estén al alcance de todos (Ministerio de Salud de la Nación, 2002a).

del paciente, siendo incluso mayor al 40% cuando éste opta por las alternativas más económicas” (Tobar y Godoy Garranza, 2002: 3)

¹¹ El marketing es utilizado para ‘imponer’ la marca en el mercado, especialmente en el profesional que prescribe. Las herramientas de las que se valen los laboratorios van desde la actividad de los visitantes médicos hasta la financiación de publicaciones y congresos, viajes, premios, etc.

En efecto, con la política de utilización del medicamento por su nombre genérico las autoridades políticas buscan (a) introducir la competencia por precio entre las distintas marcas, dentro de un contexto de garantía sobre la seguridad y la eficacia de los medicamentos en el mercado; (b) lograr una reducción de los precios y de la dispersión entre ellos; (c) reducir la incidencia del gasto en salud, especialmente para los hogares con menores niveles de ingreso; (d) promover el uso racional del medicamento favoreciendo el paso del paciente de “consumidor pasivo” a “consumidor informado”; (e) revalorizar el papel del médico y la utilidad de sus estudios farmacológicos y (f) jerarquizar el papel del farmacéutico, único profesional capacitado y autorizado para proponer la sustitución de una determinada marca comercial por otra que contenga el mismo principio activo (Ministerio de Salud de la Nación, 2002a)

3.2. La nueva política y sus alternativas

Los motivos por los cuales se eligió una política semejante tienen que ver, como dijimos antes, con las características del mercado farmacéutico argentino y con la situación de emergencia sanitaria en la que se encontraba el país a principios del año 2002.

En este sentido, uno de los principales factores considerados por el gobierno fue que la seguridad y calidad de los medicamentos que se comercializan en el mercado está garantizada gracias a las tareas de fiscalización y farmacovigilancia realizadas por la Administración Nacional de Alimentos y Tecnología (ANMAT)¹². Por esto, sostiene el Ministerio, es posible pensar que los riesgos de la sustitución de medicamentos en la farmacia son mínimos¹³. Los argumentos respecto de la calidad y eficacia de los

¹² Este organismo fue creado en 1992 y funciona bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. A través de la ANMAT se aprueban, controlan y fiscalizan los medicamentos que se comercializan y son fabricados por laboratorios farmacéuticos habilitados por ella. “*Es un organismo pionero. Es el segundo en el continente (...) O sea, hoy tenemos una seguridad del uso de medicamentos que no tuvimos nunca*”, dijo Tobar (9/04/2003).

¹³ Vale la pena aclarar que este argumento fue fuertemente discutido desde las cámaras que nuclean a los laboratorios y desde algunas instituciones médicas. Si bien no pusieron en duda la labor realizada por la ANMAT, sostuvieron que para que efectivamente no haya riesgos en la sustitución es necesario hacer estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad entre las distintas alternativas comerciales de un misma droga. Estos estudios ya han sido reglamentados por la ANMAT pero aún no se realizan. Según me explicó el Dr. Jorge Coronel, Secretario de Asuntos Universitarios y Científicos de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), “*para hacer las pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad se necesita*

medicamentos también sirvieron para descartar otra de las estrategias que podrían haber sido utilizadas para mejorar el acceso a los medicamentos: la fabricación pública. Si bien en la Argentina existen varias fábricas públicas que proveen fármacos a precios mucho menores que los laboratorios privados, éstos no están habilitados por la ANMAT. En efecto, si el gobierno optaba por la fabricación pública, perdía el control sobre la calidad de los medicamentos que llegarían a la población (Tobar, 9/04/2003).

Por otro lado, el Ministerio evaluó que el impacto en los precios de una política de utilización del medicamento por su nombre genérico en un contexto de una amplia dispersión de precios entre distintas marcas y presentaciones de las mismas especialidades medicinales sería muchísimo mayor y se daría en menos tiempo que una política que promoviera la creación de un mercado de medicamentos genéricos¹⁴ que compitiera con los medicamentos de marca. Esto último fue lo que se implementó en Brasil, España y México para mejorar el acceso a los fármacos. Al igual que la Argentina, los tres países tienen en común el no haber institucionalizado la protección de patente de producto sino hasta recientemente. En este sentido, los medicamentos genéricos entendidos como las alternativas que se introducen en el mercado una vez extinguida dicha protección no fue aplicable hasta la instauración del régimen patentario. Tiempo después de la reglamentación de las leyes de patentes, se aprobaron leyes de genéricos que establecían que para que un medicamento fuese considerado genérico, debía probar su equivalencia con el medicamento original. Una vez realizados los estudios de bioequivalencia y

mucho dinero. Esto hace que sólo los laboratorios líder puedan costearlos. Por lo tanto, muy pocos productos tienen hechos esos estudios” (Coronel, 7/05/2003). Frente a las críticas de la industria, el gobierno sostuvo que esas pruebas sólo son necesarias en aquellos medicamentos con una ventana terapéutica estrecha, es decir, cuando la diferencia entre la dosis beneficiosa y la dosis dañina es muy poca. Para el resto de los medicamentos en el mercado no es necesario realizar esos estudios pues su calidad y eficacia ya ha sido controlada por la ANMAT.

¹⁴ Internacionalmente, un **medicamento genérico** es un medicamento con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en principios activos que otro de referencia –el innovador- cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico, y debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia. Los medicamentos genéricos se distribuyen y comercializan una vez vencida la patente que protege al medicamento innovador. En este sentido, en la Argentina NO hay medicamentos genéricos ni existe conocimiento de que los medicamentos aprobados por la ANMAT presentes en el mercado nacional tengan estudios de bioequivalencia. En su mayoría, los medicamentos en el mercado nacional son **copias** o **productos esencialmente similares** a otros ya autorizados. Por todo esto, en la Argentina no es aplicable la ‘sustitución por medicamento genérico’ porque no hay medicamentos genéricos pero sí es posible llamar y prescribir a **todos** los medicamentos del mercado por su **nombre genérico** (www.msal.gov.ar).

biodisponibilidad correspondientes, podrían ser inscriptos en un registro de medicamentos genéricos y entrar al mercado a competir con el resto de los fármacos. Además, en los tres países, la prescripción por nombre genérico se hizo optativa para el sector privado y obligatoria para el público en México y Brasil. De esta forma se creó un segmento de “genéricos según ley” cuyo principal efecto sería provocar un aumento de la competencia y un descenso de los precios (Madies y Vizzotti, 2003; Tobar y Godoy Garranza, 2002).

Dadas las características del mercado de medicamentos en la Argentina, esto es, un mercado en el que todavía no hay tantos medicamentos patentados sino que son casi todos similares o copias de medicamentos innovadores producidos en el exterior que no cuentan con estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad, el equipo de González García evaluó que la estrategia de creación de un mercado de genéricos no era la más adecuada. En efecto, consideró que el avance en el acceso a los fármacos se lograría haciendo que todos los medicamentos se prescribieran y utilizaran por su nombre genérico en forma obligatoria tanto en el sector privado como en el público.

El impacto de la política no debe ser medido sólo en cuanto al descenso de los precios sino también por el descenso en el gasto en salud y el aumento en el acceso. Es decir, aún cuando los precios de los medicamentos no disminuyeran y se mantuviera la dispersión, si la gente empieza a optar por las presentaciones más baratas y deja de consumir las más caras, el gasto en medicamentos se reduce y el acceso, seguramente, mejora.

Para terminar este capítulo haremos una breve reflexión respecto de la naturaleza de la política. Se trata de una iniciativa que pretende cambiar las reglas de juego del mercado. Es decir, al establecer la prescripción y utilización del medicamento por su nombre genérico y al habilitar la sustitución entre todos los medicamentos con el mismo principio activo, la norma instala la competencia por precio y elimina la competencia por marca. Por lo tanto, pone a todos los laboratorios productores en una situación de paridad respecto de los medicamentos que venden y de la forma que los presentarán al público. Este tipo de política no tiene antecedentes en otras partes del mundo pues, como vimos, la mayor parte

de los países ha optado por promover la creación de un mercado de medicamentos más baratos que compita con los de marca. Sin embargo, en la Argentina, las cosas se hicieron en forma más radical. En palabras de Tobar, *“ningún país hizo una política como la nuestra, que fue de golpe y metió a todos”* (Tobar, 9/04/2003) .

Nuestra intención en este capítulo fue presentar las características del mercado farmacéutico y los factores que tuvo en cuenta el Ministerio de Salud a la hora de impulsar la política de utilización del medicamento por su nombre genérico. En el próximo capítulo, analizaremos algunos intentos de regulación del mercado de medicamentos que se dieron en el pasado y que pueden ser considerados antecedentes de la política.

CAPITULO II: INTENTOS PREVIOS

La batalla que se desató entre la industria farmacéutica y el Estado producto de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico no constituye un hecho excepcional. A lo largo de la historia de las relaciones entre estos dos actores, ha habido varias situaciones de conflicto en el que, unos y otros, se han atacado y culpado por las fallas que se registran en el mercado de medicamentos. No sólo se han enfrentado por la definición de los problemas sino también por las soluciones.

Todos los intentos de implementar políticas de regulación del mercado de fármacos constituyen antecedentes importantes de la actual política de medicamentos. En este capítulo, presentaremos esos antecedentes y resaltaremos que, en la mayor parte de los casos, fue la industria quien logró imponer sus intereses frente a la ambición de las iniciativas gubernamentales.

1. Primeros intentos de regulación

Como explicamos en el capítulo anterior, desde los años 50' hasta la década del 90', la industria farmacéutica argentina se desarrolló al amparo de una legislación proteccionista que benefició a las empresas de capital nacional en detrimento de las extranjeras. Además, el Estado no obstaculizó el estilo de comercialización de la industria basado en la diferenciación y multiplicidad de productos. Durante todo este período, *“el Estado argentino mantuvo su centralidad pero se hizo cada vez más débil en relación a los grandes grupos de intereses en áreas estratégicas”* (Nun en Grillo, 1990: 1). Estas estructuras estatales débiles impactaron sobre el desarrollo del sector, sus demandas, los conflictos intra-industria y las expresiones corporativas (Grillo, 1990).

Las primeras normas que regularon el conjunto de aspectos técnicos y económicos relacionados con el mercado de medicamentos fueron las “Leyes Oñativia” promulgadas durante el gobierno del Presidente Arturo Illia (1963-1966). Estas leyes asignaban al Estado

un rol de intervención activa en la producción, comercialización y uso de los medicamentos. La Ley N° 16.462 facultó al Poder Ejecutivo para: (1) ordenar la producción, elaboración, fraccionamiento, transporte, distribución, importación y exportación de fármacos y principios activos; (2) comprobar orígenes y costos y (3) determinar y establecer sus precios de venta. Según explica Grillo, estas leyes fueron muy resistidas por la industria farmacéutica, *“a punto tal que se señala a algunos grupos empresarios del sector como activos participantes de la coalición golpista que en 1966 derrocó al Presidente Illia”* (Grillo, 1990: 6). Una vez derrotado ese gobierno, la Ley fue derogada. En efecto, el Estado dejó de regular el proceso de elaboración de medicamentos y se concentró en la fase de comercialización y control de precios.

Cuando asumió Raúl Alfonsín en 1983, las “Leyes Oñativia” fueron reivindicadas. En consecuencia, la industria farmacéutica temió un nuevo intento de regulación del mercado de medicamentos por parte del Estado. Dos políticas para la reforma del mercado fueron elaboradas. La primera, se basó en la creación de la Comisión Intersecretarial de las Industrias Farmoquímica y Farmacéutica (COINFAR) y se puso en marcha entre 1983 y 1986. La segunda, condujo al Convenio General para el Desarrollo de la Farmoindustria aprobado en 1988. Pese a la firme convicción del gobierno de implementar estas políticas, ninguna de ellas alcanzó a institucionalizarse. Los enfrentamientos con el sector industrial multinacional por la sobrefacturación de las importaciones y la ley de patentes, las campañas publicitarias emprendidas por ésta para imponer sus intereses, los conflictos intra-sectoriales, el reclamo de protecciones por parte del sector industrial nacional, el fracaso de los acuerdos voluntarios entre la industria y el gobierno para frenar el aumento de precios y los serios problemas económicos que enfrentaba el país, derivaron en políticas discontinuas y fragmentadas que poco hicieron por mejorar el funcionamiento del mercado de medicamentos (Grillo, 1990).

Más allá de los contenidos de las políticas, es interesante señalar que en el proceso de decisión pueden identificarse estilos de intervención de los actores involucrados que aún están vigentes. Por un lado, la constante apelación de la industria a campañas mediáticas como forma de imponer sus intereses en el espacio público o, por el otro, la insistencia del

Estado en utilizar los acuerdos voluntarios con la industria como mecanismo para frenar el aumento de los precios. A su vez, los objetivos de las políticas diseñadas por el gobierno radical -lograr que el medicamento fuera considerado un bien social, llegar a un precio basado en los costos reales, crear un fondo especial para financiar compras de medicamentos a ser distribuidos entre la población marginada, congelar la aprobación de nuevos productos farmacéuticos y confeccionar un listado de medicamentos esenciales—siguieron siendo motivo de enfrentamiento entre el Estado y la industria durante muchos años. Es decir, la discusión respecto de la capacidad de las autoridades políticas para neutralizar las presiones de la industria e implementar políticas de medicamentos que garantizaran tanto el acceso como el desarrollo industrial, estuvo lejos de resolverse con los gobiernos que siguieron.

2. La década del 90'

Durante el gobierno de Carlos Menem, la industria farmacéutica debió reestructurarse y adaptarse a la liberalización y desregulación de la economía. Como vimos en el capítulo anterior, ésta no fue una tarea fácil y los resultados obtenidos estuvieron lejos de ser los esperados. El debate acerca de la ley de patentes fue retomado durante estos años y la heterogeneidad de intereses entre las empresas nacionales, las extranjeras y el Estado volvió a ser el eje de conflicto. La aprobación, en 1995, de la controvertida Ley 24.481 no logró poner fin a las discusiones. Si bien dicha Ley estableció el régimen de protección a la propiedad intelectual, hasta la fecha, sólo han sido concedidas doce patentes.

Nos ocuparemos ahora de una iniciativa que, a diferencia de las anteriores, constituye un antecedente más inmediato de la actual política de utilización del medicamento por su nombre genérico.

En los años del gobierno de Carlos Menem, pero en el ámbito de la provincia de Buenos Aires, Ginés González García —en ese entonces Ministro de Salud de esa jurisdicción— llevó adelante una política de medicamentos que puso de manifiesto, una vez

más, las dificultades para llegar a un acuerdo con la industria farmacéutica. La provincia de Buenos Aires representa la porción más importante de la producción, gasto y consumo de fármacos de todo el país; por eso, la aprobación de una política de medicamentos provincial constituye un antecedente muy importante a ser analizado.

El Programa de Medicamentos de la provincia de Buenos Aires (PM), elaborado por el Ministerio de Salud provincial en 1992, tuvo como objetivos mejorar la administración del gasto público y racionalizar los procedimientos de abastecimiento, provisión, distribución y uso de medicamentos. Sorprende el hecho de que dicho programa –el cual implicó una intervención del gobierno provincial en el mercado de medicamentos- se diera en el marco de un profundo proceso de reforma de la economía argentina que apuntaba a minimizar cada vez más el rol del Estado.

Los dos ejes sobre los que se apoyó el programa fueron: (1) la difusión de información respecto de los medicamentos existentes en el mercado y (2) un cambio en los incentivos económicos procurando incrementar el grado de competencia entre las empresas farmacéuticas. El cambio en los incentivos económicos se realizó a partir de la modificación del régimen de cobertura asignando un valor de cobertura fijo para todos los medicamentos que contenían el mismo principio activo. De este modo, los equivalentes o similares de menor precio pasaron a tener una cobertura porcentual mayor. En cuanto a la difusión de información, se confeccionó un listado de medicamentos esenciales –el Formulario Terapéutico Provincial- que sirvió como guía a los profesionales médicos. La presentación de las drogas fue hecha tanto por nombre genérico como por nombre comercial. Además, a todos los productos se les asignó un precio de mercado orientativo de manera tal que se pudiera comparar entre distintas marcas comerciales. No sólo los médicos debían utilizarlo sino también las farmacias de toda la provincia. A su vez, a través de un Decreto Provincial del año 1990 se facultó a los médicos y odontólogos para prescribir por nombre genérico y a los farmacéuticos para ofrecer marcas comerciales alternativas. También se dispuso que la denominación genérica de la droga debía aparecer en los envases, prospectos y todo impreso utilizado en la promoción del medicamento.

Finalmente, en 1993, la legislatura de la provincia aprobó una Ley de Medicamentos que dio un encuadre normativo integral al programa (González García, 1994).

Varias fueron las respuestas a las disposiciones del Ministerio. Las entidades médicas, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, la CGT de La Plata, la Universidad de la Plata, la obra social provincial IOMA y la Asociación de Defensa del Consumidor (ADELCO) apoyaron públicamente el programa y emprendieron una intensa campaña de comunicación e información. Como era de esperar, los laboratorios fueron los principales opositores y llevaron adelante una campaña mediática importante. Su estrategia consistió en presentar al programa como *“una solución de baja calidad implementada por el Gobierno Provincial para paliar los problemas sanitarios, y cuya implementación ponía en riesgo la salud de la población”* (González García, 1994: 217).

Pese al fracaso de anteriores intentos por parte del Estado por intervenir en el mercado de medicamentos, esta vez se lograron aprobar -al menos para la provincia de Buenos Aires- algunas normas que sentaron cierto principio de regulación. En este sentido, el decreto provincial que facultó a los profesionales de la salud a prescribir medicamentos por nombre genérico constituye un claro antecedente de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico implementada a nivel nacional el año pasado. No por casualidad, fue la misma persona, Ginés González García, quien lo promoviera.

Otro importante antecedente de la actual política es el Decreto 150 firmado por el Poder Ejecutivo Nacional en 1992. Los principales objetivos de este decreto fueron: (1) lograr que la libre e informada elección del consumidor se convirtiera en el elemento regulador del mercado y (2) aumentar la competencia a través de la ampliación de la oferta de medicamentos. Una de las novedades más importante del decreto fue la confección de dos listados: el de los genéricos y el de especialidades medicinales de marca autorizadas (agrupadas según el listado de genéricos). Se esperaba que este Listado Terapéutico brindara más información a médicos, farmacéuticos y consumidores y, a su vez, aumentara la competencia entre los genéricos y productos de marca. Pese a que el decreto obligaba a los médicos a recetar por nombre genérico, durante la etapa de reglamentación del decreto,

se introdujeron algunas modificaciones (por ejemplo, la utilización de la doble firma del médico en caso de recetar por marca) que retardaron el ritmo de difusión de los genéricos. Según me explicó un representante de la industria farmacéutica, *“si bien este decreto obligaba al médico a recetar por nombre genérico, por la presión de los laboratorios, el decreto 177/93 que lo reglamentó modificó algunas cosas y dio al médico la libertad de prescribir por marca o por nombre genérico”*. Por lo tanto, una vez más, la puja de intereses entre el Estado y la industria farmacéutica se resolvió a favor de la última.

3. Qué nos dicen los antecedentes

Para terminar, expondremos brevemente las conclusiones más importantes que surgen del análisis realizado en este capítulo.

El hecho más evidente es que, tanto el Estado como la industria farmacéutica se hallan en interacción y negociación constante producto del rol social que los medicamentos cumplen como bienes fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población. La intervención y preocupación del Estado por las fallas que revela el mercado de medicamentos se ha dado en forma fragmentada e interrumpida a lo largo del tiempo. Es decir, no todos los gobiernos -nacionales y provinciales- han tenido como prioridad resolver las discrepancias entre los intereses sanitarios y los industriales. Existe un solo caso en el que el Estado logró implementar una política de medicamentos con cierta continuidad e impacto: el Programa de Medicamentos de la provincia de Buenos Aires.

Entonces, los conflictos entre el Estado y la industria han girado siempre en torno a la intervención estatal en el mercado de medicamentos ya sea en beneficio de los consumidores o de la industria. En este sentido, el precio de los fármacos se ha convertido en el eje de conflicto principal pues determina el grado en que la accesibilidad será parcial o total y en que las ganancias serán o no suficientes para que la industria continúe creciendo. En esta y todas las cuestiones que han enfrentado a la industria y al Estado –ley de patentes, promoción industrial, prescripción por nombre genérico, etc.- las estrategias de

unos y otros han sido bastante estables a lo largo del tiempo. Desde el punto de vista de la industria, ésta ha intentado obtener ventajas y protecciones por parte del Estado. Tanto el sector formado por las empresas de capital nacional como extranjero han presionado sobre el sistema político para conseguir un marco institucional acorde a sus intereses empresariales. Desde el Estado, se ha buscado concretar acuerdos y convenios de cooperación con la industria. Sin embargo, ésta se ha mostrado renuente a comprometerse, especialmente porque la heterogeneidad de intereses intra-industria no permite calcular qué posición asumirá cada una de las empresas ante las propuestas de concertación. Las cámaras de empresarios farmacéuticos se han convertido en los principales interlocutores de los diversos intereses industriales y han respondido siempre a las iniciativas del Estado a través de campañas publicitarias, tanto a favor como en contra. El Estado también ha utilizado este instrumento para ganar apoyos y difundir información entre la población. Las intervenciones exitosas por parte de las autoridades políticas -por ejemplo, la reducción de la sobrefacturación de las importaciones durante el gobierno de Raúl Alfonsín- se han caracterizado por gozar de una importante coordinación y cooperación entre diversas agencias del Estado y por esfuerzos de acumulación de información sobre las drogas y precios en el mercado. Más aún, aquellos temas que contaron con el apoyo de los niveles más altos del poder ejecutivo -del Presidente o de la Secretaría de Presidencia, por ejemplo- produjeron mejores y más rápidos resultados en las negociaciones con la industria.

Al analizar en perspectiva cada uno de los intentos del Estado por regular el mercado de medicamentos, queda claro que lo que ha primado ha sido la habilidad de la industria para bloquearlos. Cuando este no ha sido el caso -Programa de Medicamentos de la provincia de Buenos Aires-, los intentos tuvieron un alcance parcial. Ya sea a través de campañas mediáticas, de la confrontación directa con el gobierno o de la influencia que ejercen sobre los médicos, las empresas productoras de fármacos han logrado imponer sus intereses y debilitar la capacidad de regulación del Estado. El resultado ha sido la permanencia de estrategias de comercialización basadas en la marca y en la diferenciación del producto que nada favorecen a la ampliación de la competencia y del acceso. En efecto,

esto ha contribuido a que se generalice la creencia de que todas las políticas regulatorias han fracasado y lo seguirán haciendo.

En el próximo capítulo, presentaremos la forma en que se gestó la actual política de utilización del medicamento por su nombre genérico. Esta vez, el intento de regulación no fracasó.

CAPÍTULO III: LA HISTORIA

El objetivo de este capítulo es presentar los sucesos que dieron lugar a la elaboración e implementación de la actual política de medicamentos. La historia comienza con la debacle económica, política y social de fines de 2001 y principios de 2002 que sufrió el país luego de tres años de recesión económica y deterioro del bienestar social y termina con la reglamentación de la Ley de Utilización del Medicamento por su Nombre Genérico en abril de este año.

Con la caída del gobierno del Presidente Fernando De la Rúa en diciembre de 2001 y la sucesión de presidentes interinos, se instauró en la Argentina un nuevo régimen: el de la incertidumbre y la especulación. En tan sólo una semana, el gobierno de Adolfo Rodríguez Saa declaró la cesación de pagos de los compromisos externos y puso al país fuera del sistema financiero internacional. Luego, pocos días después de asumir, el último de los presidentes interinos, Eduardo Duhalde, tomó la decisión que muchos esperaban y otros tantos temían: el fin de la convertibilidad. La inmediata devaluación del peso argentino provocó comportamientos especulativos y desestabilizadores. La inflación comenzó a dispararse y, con ella, miles de argentinos quedaron al margen del sistema económico por no poder acceder a los bienes básicos para vivir. Para amplios sectores de la población, los alimentos y los medicamentos se convirtieron en bienes escasos.

Así, en pocos meses, quedó diseñando el peor de los escenarios posibles: en el primer semestre del año 2002 la inflación fue del 70%, se proyectó que el PBI caería un 16%, el desempleo llegó al 22% y el 53% de la población pasó a vivir en condiciones de pobreza (Uribe y Schwab, 2002).

1. La crisis repercute en el mercado de medicamentos

Como consecuencia de este desastre económico, político y social, el mercado de medicamentos entró en una profunda crisis que golpeó tanto a los proveedores como a los

consumidores. La drástica reducción del ingreso y del poder de compra del dinero impactó sobre los niveles de acceso a los medicamentos de dos maneras: por un lado, se contrajo la cantidad de recursos disponibles en los hogares para la compra de fármacos; por otro lado, tras quedar comprometido el financiamiento institucional (del Estado y de la Seguridad Social), se produjo un corte de prestaciones (Tobar 2002a). Dado que alrededor del 70% del gasto en medicamentos es financiado por los hogares, la pérdida de buena parte del ingreso producto de la inflación y el desempleo, provocó que más del 50% de la población argentina no pudiera acceder a ellos (Carbajales, 30/04/2003). A su vez, la contracción de recursos que sufrieron las instituciones que financian el 30% restante (hospitales, clínicas, obras sociales, prepagas y PAMI), perjudicó el nivel de cobertura y cofinanciación que ofrecen para la compra de medicamentos. La evidencia más clara de la profundidad de la crisis en el mercado de medicamentos es una proyección realizada por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la base del mes de febrero del 2002 que mostró una caída del consumo de medicamentos del 42% respecto del año 2001.

En cuanto a la situación de los proveedores de fármacos, antes de la partida de Fernando De la Rúa se había instaurado el “corralito”, el cual provocó iliquidez de dinero en efectivo. Muchas farmacias comenzaron a tener problemas para pagar a sus proveedores y éstos, acortaban los plazos de pago y se negaban a entregar los medicamentos sin antes recibir su dinero. Luego, con la devaluación, la situación se agravó pues el precio de importación de los insumos para la fabricación de fármacos aumentó considerablemente. La devaluación y pesificación golpeó fuertemente a la industria farmacéutica pues estaba endeudada en dólares por la compra de insumos. Además, la reducción en el consumo provocó que, por primera vez en 15 años, la industria farmacéutica sufriera una caída en su nivel de facturación.

Así, el 9 de enero en el diario LA NACIÓN se leía: *“La falta de medicamentos y la posibilidad de que con la vigencia del nuevo tipo de cambio los precios se disparen, convirtió la cadena de abastecimiento en el juego del Gran Bonete: pacientes desesperados por conseguir sus remedios; farmacéuticos que dicen que sus proveedores no se los entregan; droguerías que niegan estar reteniendo stock; laboratorios que aseguran que*

están entregando como siempre y que prometen mantener estables los precios” (La Nación, 9/1/2002: 6).

2. El Presidente Eduardo Duhalde toma las primeras medidas

En este contexto de crisis, el gobierno de Duhalde y la industria farmacéutica se sentaron a negociar para encontrar políticas que paliaran la situación de emergencia. En el primer bimestre del año, la industria mostró una actitud cooperativa acordando voluntariamente no indexar los precios y abastecer normalmente a las droguerías y farmacias. Además, donaron al Estado una gran cantidad de medicamentos para ser distribuidos en los hospitales públicos, cuyos reclamos por desabastecimiento de fármacos se convirtieron en moneda corriente (Tobar y Godoy Garranza, 2002). A cambio, los laboratorios pidieron al gobierno que hiciera lo necesario para que pudieran pagar en pesos las deudas contraídas en el exterior para la compra de insumos y que se les respetara la paridad uno a uno con el dólar.

Ante la gravedad de la situación de desabastecimiento de insumos y medicamentos, el 9 de enero, el presidente Duhalde decretó la emergencia sanitaria nacional (Decreto N° 486/02)¹⁵. Dos días más tarde, nombró al Dr. Ginés González García como titular del Ministerio de Salud de la Nación. La trayectoria de este médico sanitarista especialista en Salud Pública ha sido destacada por todos los informantes entrevistados. Respecto a sus antecedentes más importantes, fue fundador, presidente, rector y docente de la fundación ISALUD, consultor nacional e internacional de políticas de salud y medicamentos en más de 200 proyectos, Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires durante la gestión de Antonio Cafiero, autor de la Ley Provincial N° 14.405 de Medicamentos, asesor de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Diputados, director del Proyecto del Estudio Nacional sobre Gasto en Salud y en Medicamentos auspiciado por la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), la Cámara Argentina de

¹⁵ Si bien la emergencia sanitaria nacional fue declarada el 9 de enero, sólo a partir del 13 de marzo -cuando el decreto fue publicado en el Boletín Oficial- la medida entró en vigor. Algunos sectores atribuyeron la demora a las negociaciones con los laboratorios para frenar el aumento de los precios de los medicamentos.

Especialidades Medicinales (CAEME), la Confederación Odontológica de la República Argentina y la Confederación Farmacéutica de la República Argentina (COFRA) y autor de varios libros sobre gasto en salud y política de medicamentos. Cuando fue Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires impulsó el Programa de Medicamentos y el Decreto 150 analizados en el capítulo anterior¹⁶. Como comentario ilustrativo de la experiencia del actual Ministro de Salud y el equipo de expertos que trajo consigo, me remito a las palabras de Federico Tobar, Coordinador General del Programa Remediar: *“Nosotros hicimos el Decreto 486 (Decreto de Emergencia Sanitaria 486/02) en una noche, redactamos la Ley (Ley N° 25.649) en un sábado, definimos toda la política en un fin de semana. ¿Por qué? Porque, en realidad, no estábamos improvisando, es decir, hace 10 años que venimos estudiando, publicando, analizando, participando en todos los congresos mundiales del tema. El ministro sabe mucho, es decir, nadie lo puede apurar con esto”* (Tobar, 9/04/2003).

Al asumir como Ministro, Ginés González García anunció que una de sus prioridades sería restablecer el sistema de provisión de medicamentos (La Nación Line, 11/1/2002: Política). Junto con la jefatura de gabinete y representantes de la industria farmacéutica, creó un Comité de Crisis¹⁷ cuyo objetivo fue seguir la evolución del desabastecimiento y tratar de encontrar una solución (La Nación, 15/1/2002). Al principio, el Ministro se negó a impulsar una política de prescripción por nombre genérico porque consideraba que el gobierno nacional se encontraba en una situación de vulnerabilidad como para encarar una política que generara una confrontación con la industria. Entonces, resolvió encabezar las negociaciones con los laboratorios para llegar a un acuerdo voluntario para un congelamiento de precios (Tobar, 9/04/2003).

¹⁶ El Currículum Vitae del Dr. Ginés González García está disponible en la página web del Ministerio de Salud de la Nación: www.msal.gov.ar

¹⁷ Este Comité no entró en vigencia hasta el 13 de marzo cuando el Decreto N° 486/02 fue publicado en el Boletín Oficial.

3. La gestión de Ginés González García

3.1. Se pone en marcha la Mesa Sectorial de Salud

Otra de las decisiones que tomó el Presidente Duhalde durante los primeros días de gobierno fue lanzar, junto con el Episcopado Argentino y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Mesa de Diálogo Argentino. El objetivo de esta mesa fue *“llevar adelante un proceso amplio y participativo de intercambio y debate (...) para el diseño de un Plan Estratégico de País”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2002c). El 30 de enero se emitieron las Bases para el Diálogo Argentino, las cuales resumían las conclusiones obtenidas de los diálogos con los diversos sectores de la sociedad. Además, propiciaron la puesta en marcha de cuatro Mesas Sectoriales de concertación, siendo una de ellas, la Mesa Sectorial de Salud. Ésta se instaló en un momento de profundo desorden y fragmentación, en el que el desabastecimiento de medicamentos en los hospitales públicos y el financiamiento del PAMI y de la Seguridad Social en general, constituían los temas claves a resolver.

La Mesa estuvo presidida por el Ministro de Salud Ginés González García y varias entidades del sector, bajo el auspicio y supervisión de las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y Senadores de la Nación y de algunos organismos internacionales - UNICEF, OPS y PNUD. El primer objetivo que estableció el Ministro fue elaborar un Documento Base que reafirmara aquellos principios y valores que debían regir el accionar sanitario. Dicho Documento fue presentado en la Primera Reunión Plenaria para ser discutido entre los participantes. Las cámaras que representan a las empresas de la industria farmacéutica, COOPERALA, CILFA y CAEME, participaron de la reunión en la que también estuvieron presentes asociaciones de médicos, odontólogos, farmacéuticos, consumidores, sindicatos, gremios, etc.¹⁸ Desde el comienzo se entendió que quienes se opusieran a los principios que establecía el Documento no podrían acompañar el futuro proceso de diálogo.

El Acta de Compromiso Sectorial de Salud se firmó el 22 de febrero. En el marco del Diálogo Argentino, la Mesa de Salud fue la primer mesa de concertación sectorial que alcanzó un acuerdo base desde donde impulsar medidas. El Acta fue suscripta por el Ministro González García y 300 entidades del sector salud, entre las que se encontraban los laboratorios tanto nacionales como multinacionales. También lo firmaron algunos representantes políticos y gremiales. En ese Acta, todos los firmantes acordaron que el acceso a los medicamentos constituye un derecho social esencial que debe ser garantizado a toda la población argentina. A su vez, a partir de la suscripción al Acta se decidió establecer una Comisión Permanente de Enlace entre la Mesa Sectorial y el Ministerio para continuar el análisis y resolución de los problemas del sector (La Nación Line, 22/02/2002: Política).

La legitimidad social que dio la Mesa de Salud a la política que llevaría adelante el Ministro es un punto clave para comprender la magnitud del apoyo alcanzado meses más tarde alrededor de la Ley de Utilización del Medicamento por su Nombre Genérico (Carbajales, 30/05/2003).

3.2. El Ministro de Salud se lanza hacia la búsqueda de acuerdos voluntarios con la industria

Otro de los primeros logros de la gestión de González García respecto a los problemas en el mercado de medicamentos fue el acuerdo voluntario con la industria farmacéutica para congelar los precios. Efectivamente, los precios de los fármacos no aumentaron por varias semanas. En palabras de Tobar, *“la industria hizo un compromiso, hizo una gauchada grande con el gobierno para aguantar la situación”* (Tobar, 9/04/2003).

Sin embargo, a mediados de marzo, la industria no pudo contener más los precios y lanzó un aumento del 40%. A cambio del aumento, y para evitar la confrontación con el gobierno, ofrecieron una donación de medicamentos para todos los hospitales públicos. Lo sorprendente de este hecho fue que el propio Ministerio de Salud estableció el listado de

¹⁸ El listado completo de los miembros de la Mesa de Salud puede encontrarse en la página web del

medicamentos a ser donados por la industria y la cuota de esa donación que cada provincia recibiría.

El 13 de marzo se publicó en el Boletín Oficial el Decreto N° 486/02 que declaró la emergencia sanitaria en el país hasta el 31 de diciembre de 2002. A partir de ese día, el decreto entró en vigencia y facultó al “*Ministerio de Salud para instrumentar políticas referidas a la emergencia sanitaria*”. En este sentido, el titular de la cartera de Salud podría “*dictar normas complementarias tendientes a implementar: a) listado de medicamentos e insumos a ser adquiridos; b) precios de referencia de insumos y medicamentos críticos; c) prescripción de medicamentos por su nombre genérico y d) sustitución en la dispensación, por parte del profesional farmacéutico*”. Además, otorgó una partida extraordinaria de 50 millones de pesos para la compra de medicamentos e insumos sanitarios. Sin embargo, con ese dinero el Ministerio no pudo comprar medicamentos porque, durante la licitación, la industria farmacéutica cotizó con un dólar a 12 pesos (Tobar, 9/04/2003).

Ante el agravamiento del aumento de precios y el desabastecimiento, el 19 de marzo, González García logró otro acuerdo voluntario con las cámaras de la industria farmacéutica para establecer una canasta de 216 medicamentos cuyos precios fueran aquellos vigentes en diciembre de 2001. En las respectivas negociaciones, las cámaras aseguraron que el aumento de los precios había sido consecuencia directa de la devaluación y del incremento registrado en los insumos importados. La decisión de retrotraer los precios a diciembre del año anterior fue considerada por el Ministro como un importante gesto. Sin embargo, dado que la canasta fue una propuesta de la industria y no del Ministerio, ésta no fue diseñada de acuerdo a criterios sanitarios sino de acuerdo a lo que la industria estaba dispuesta a ofrecer.

Días más tarde, se produjo una fuerte suba del dólar y los casos de desabastecimiento de medicamentos y aumento de precios resurgieron. En este punto, la relación entre la industria y el gobierno entró en una nueva etapa caracterizada por los enfrentamientos y las acusaciones cruzadas. El Ministro calificó de “*especuladores*” a los

laboratorios y farmacias que no estaban entregando medicamentos. La industria farmacéutica se defendió afirmando que los precios de los medicamentos de la canasta no aumentarían y que la especulación estaba en las farmacias no en los laboratorios. Lo cierto es que, en poco tiempo, la canasta mostró sus limitaciones pues en ella estaban incluidas las marcas que menos se comercializaban y las presentaciones que menos se recetaban.

Fue en este momento cuando el Ministro puso fin a la búsqueda de acuerdos voluntarios con la industria e inició el diseño de la política nacional de medicamentos que presentamos en el Capítulo I. A partir de aquí, el tema de la prescripción por nombre genérico y la sustitución de medicamentos por el farmacéutico se transformó en el principal eje de conflicto entre el gobierno y los laboratorios. *“Ese fue el inicio de la guerra, ya no hubo negociación”*, explicó un representante de la industria.

3.3. Comienza la batalla por la controvertida política

Conforme a lo decretado por el Poder Ejecutivo respecto al tema de la prescripción por nombre genérico, el 4 de abril, el Senado aprobó un proyecto de ley que obligaba a los profesionales de la salud a recetar utilizando el nombre de la droga básica del fármaco en lugar de su marca comercial. A su vez, declaraba por “no prescripta” aquella droga que no cumpliera con ese requisito. El nombre genérico también debería aparecer en los envases, rótulos y prospectos de los medicamentos, en todos los textos normativos y en las publicidades que los laboratorios dirigieran al público para promocionar sus productos. Los argumentos a favor del proyecto de ley giraron en torno al descenso del gasto en salud que una medida así implicaba. Esto no sólo beneficiaba a los pacientes, capaces de elegir remedios más baratos, sino también al Estado pues podría reducir el gasto en medicamentos y generar un mayor ahorro de recursos. Vale la pena destacar que durante el debate y aprobación del proyecto, se produjo un cambio de último momento que abrió la posibilidad de que el profesional recomendara, junto con el nombre genérico, una marca determinada. A partir de ese día, el proyecto pasó a la Cámara de Diputados de la Nación (La Nación, 05/04/2002).

Como se esperaba, los laboratorios se opusieron a la sanción del proyecto. Una de sus críticas fue que los senadores habían actuado unilateralmente pues no se habían sentado a negociar con ellos. Además, la industria temió que el gobierno iniciara una política de fabricación pública de medicamentos genéricos como lo hizo Brasil. Sin embargo, el equipo de González García consideró que si optaban por impulsar las fábricas públicas perdían el control de calidad de los medicamentos ya que no existe ningún laboratorio público que tenga sus productos registrados por la ANMAT. En palabras de Tobar, *“sacrificamos la posibilidad de producción pública para conseguir que funcione la utilización del medicamento -producido por laboratorios privados- por su nombre genérico (...) Con lo cual, lo que buscamos fue regular mejor el mercado en lugar de producir nosotros”* (Tobar, 9/04/2003).

El avance en la implementación de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico se hizo aún más explícito cuando, el 16 de abril, el Ministro de Salud firmó las Resoluciones que *“obligan a las obras sociales a aceptar recetas de medicamentos por su nombre genérico y les exigen costear, en lugar de un porcentaje del precio de venta al público, los precios de referencia”*. Ese mismo día, González García también respaldó el Formulario Terapéutico Nacional (FTN) confeccionado por la COMRA que incluye aquellos medicamentos –agrupados según su nombre genérico- que atienden el 90% de las patologías humanas y que podría ser utilizado por las obras sociales para diseñar sus vademécum, por los médicos a la hora de prescribir y por los farmacéuticos en el momento de la dispensación. Los laboratorios rechazaron la norma y defendieron su posición diciendo que *“en el mercado argentino no existen medicamentos intercambiables”* (La Nación, 17/04/2002: 15). Por su parte, la COMRA declaró apoyar la política de receta por nombre genérico pero reconoció la dificultad que implica cambiar la conducta prescriptiva de los médicos quienes, por lo general, recetan las marcas sobre las que más información reciben desde los laboratorios.

El 7 de junio, la Resolución Ministerial N° 326/02 fue publicada en el Boletín Oficial. Allí se establece que *“toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común*

Internacional". Además, los farmacéuticos *"deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación de ellos, y los distintos precios de esos productos que deben estar disponibles en lugar visible de la oficina de farmacia"*. Los médicos sólo podrán prescribir una marca determinada en los casos que consideren que el medicamento no puede ser reemplazado por otro y que, siendo así, en la receta se deberá consignar el nombre genérico, seguido por la marca, agregando a continuación de la firma del médico la leyenda 'justificación de la prescripción por marca' y, nuevamente, una firma y sello. A partir de esta Resolución, quedó reglamentada la obligación de los profesionales de la salud de todo el territorio nacional de recetar remedios por su nombre genérico.

Los primeros en manifestarse a favor de la Resolución fueron los farmacéuticos, quienes vieron en la disposición una oportunidad para aumentar su participación en el proceso de prescripción y dispensa de medicamentos. También consideraron que la medida reactivaría la venta de medicamentos en las farmacias que, en los últimos meses, había descendido considerablemente. Días antes, la Asociación Médica Argentina (AMA) había declarado su oposición a la sustitución farmacéutica por creer que desvirtuaba la relación médico-paciente y daba lugar a posibles casos de mala praxis por errores en el reemplazo de una marca por otra. Sin embargo, expresó su conformidad con el contenido final de la norma ya que estableció límites a la sustitución al permitir la prescripción por marca con la debida justificación. Por su parte, la Asociación de Médicos de la República Argentina (AMRA) destacó que no avalaría *"la concepción mercantilista que la industria farmacéutica pretende dar a la salud pública"* (La Nación, 5/7/2002: 13). Respecto a las obras sociales y prepagas, éstas apoyaron con fuerza la medida porque, según explicó el Dr. Carbajales, *"a las obras sociales y prepagas se les iba la vida, si no hacían esto se fundían, entonces, era vida o muerte"* (Carbajales, 30/05/2003). La cámara que agrupa a las empresas productoras de medicamentos genéricos (CAPGEN) también se mostró a favor de la Resolución y, además, aseguró que los medicamentos genéricos producidos por las empresas que la entidad representa están controlados por la ANMAT. Por su parte, la CGT sostuvo en una solicitada aparecida en el diario CLARÍN el 27 de junio que *"la libertad de elección por parte del paciente transparenta el mercado de medicamentos, terminando con*

los incentivos ocultos para recetar determinadas marcas” (Ministerio de Salud de la Nación, 2002b: 27). La CTA también expresó públicamente su apoyo a la disposición. Otras de las instituciones que se posicionaron a favor de la norma mediante comunicados o solicitadas fueron las siguientes: el Foro Nacional de Instituciones Médicas, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y el de la Ciudad de Buenos Aires, el Sindicato Único de Médicos Argentinos (SUMAR), el Sindicato del Seguro, ADELCO (Acción del Consumidor), la Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico, la Unión de Personal Civil de la Nación (UPCN), la Confederación General Económica, la Confederación Farmacéutica Argentina, la Federación de Trabajadores de Farmacia, el Consejo de Salud Bucal de la Provincia de Buenos Aires, el Frente Bonaerense de Prestadores de Salud y las Obras Sociales Universitarias, entre otras. Es decir, el nivel de apoyo alcanzado fue tan contundente que los laboratorios quedaron completamente solos en la lucha.

El 4 de julio, las cámaras que agrupan a las empresas farmacéuticas nacionales y extranjeras (CAEME, CILFA y COOPERALA) publicaron una solicitada en los principales diarios en la que sostuvieron que *“en el país no hay dos medicamentos iguales, que el médico es el único capacitado para prescribir y que la política de alentar la sustitución en las farmacias pone en riesgo la salud de la población”*. A su vez, afirmaron que *“no existen antecedentes internacionales de una política similar, que pretenda imponer, contrariando todo método científico, que los medicamentos con igual principio activo son equivalentes y sustituibles entre sí”* (La Nación, 4/7/2002). Para la industria, la iniciativa del gobierno consistía en trasladar el poder de decisión sobre el medicamento a consumir por el paciente desde el médico hacia el farmacéutico.

Continuando con la política nacional de medicamentos puesta en marcha, el 20 de junio se lanzó el Programa Remediar, un programa de provisión gratuita de medicamentos entre la población de menores recursos –alrededor de 15 millones de personas- que cuenta con financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En consonancia con la política de utilización del medicamento por su nombre genérico, los fármacos fueron clasificados por su principio activo y no por su marca comercial. En un primer momento, el

Ministro llamó a una licitación pública nacional para la compra de los medicamentos que se entregarían a la población; sin embargo, el precio ofrecido por la industria fue tan alto que el gobierno decidió hacer una licitación internacional para lograr precios más competitivos. Además, según Tobar fue *“la primera vez en la historia de la Argentina que los pliegos de las licitaciones no los hace la industria, los hacemos nosotros (el Ministerio de Salud)”* (Tobar, 9/04/2003). Así, quedó revelada una vez más la creciente capacidad del gobierno para neutralizar la oposición de la industria.

Vale la pena agregar que durante los meses de febrero, marzo, abril, mayo, julio y agosto se produjo una “ola” de adopción de normativas relacionadas con la utilización del medicamento por su nombre genérico a nivel de las jurisdicciones provinciales. Además, el 24 de julio apareció una solicitada de los Ministros de Salud provinciales en todos los diarios del país en la que afirmaron que apoyaban la política de medicamentos implementada por el Ministro de Salud de la Nación.

Solamente en Buenos Aires, Santa Fe, La Pampa y Mendoza existía algún tipo de legislación de genéricos aprobada durante los 90'. En Buenos Aires, dicha legislación sufrió algunas modificaciones en el 2002 y, junto con Córdoba, Santa Fe, Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Tucumán, San Luis, San Juan, Neuquén, Mendoza y Chubut, constituyen el grupo de provincias donde la prescripción por nombre genérico es obligatoria. En la Ciudad de Buenos Aires, la obligación rige sólo para el sector público. En La Pampa, La Rioja y Santiago del Estero, el médico puede recetar por nombre comercial pero el farmacéutico está habilitado para intercambiar el medicamento, salvo que la receta indique lo contrario bajo el lema ‘no se sustituye’. Tierra del Fuego cuenta con legislación adherida a la Ley Nacional y Entre Ríos, Catamarca, Río Negro y Jujuy presentan leyes de adhesión en trámite (Madies y Vizzotti, 2003).

3.4. El Ministro de Salud busca la aprobación de una Ley Nacional

Los debates entorno de la Resolución Ministerial continuaron durante varias semanas y la industria farmacéutica encabezó una campaña publicitaria en oposición a la

normativa. Como ya vimos, el Ministerio de Salud aspiraba a la adopción de una Ley Nacional. El proyecto de ley ya tenía media sanción en el Congreso desde principios de abril y, a mediados de agosto, el gobierno logró un acuerdo para que fuese tratado en la Cámara de Diputados.

El 26 de agosto, dos días antes de que se tratara la Ley en Diputados, una entidad defensora de los derechos del consumidor (ADECUA) interpuso una medida cautelar ante la Justicia para pedir la suspensión del Decreto Presidencial de Emergencia Sanitaria y de la Resolución Ministerial. Según esta entidad, en las farmacias no existe asesoramiento profesional ni certeza sobre el contenido de los medicamentos entregados (La Nación, 27/08/2002; Clarín, 25/08/2002). En defensa a la política de medicamentos, el Ministro Ginés González García, con el apoyo de la Mesa de Salud, convocó a una reunión en la Sala Ramón Carrillo del Ministerio de Salud en la que estuvieron presentes más de 80 personas entre académicos, profesionales, representantes de la Iglesia, asociaciones médicas y de farmacéuticos, entidades de defensa del consumidor, sindicalistas, empresarios, Ministros de Salud provinciales, ex Ministros de Salud, políticos de diversos partidos, etc. Todos los presentes manifestaron su apoyo a la política y proyecto de ley del gobierno y firmaron una solicitada en la que explicitaron ese apoyo. En palabras del Dr. Carbajales: *“Había un acuerdo de todos los sectores sociales que, ante la emergencia, la política de prescripción por nombre genérico era la política más propicia para que el derecho de acceso al medicamento fuera cumplido”* (Carbajales, 30/05/2003). El respaldo que recibió el Ministro en esta reunión fue contundente e incluso hubo pedidos para “ir más a fondo” en el camino propuesto por el gobierno en materia de medicamentos (La Nación, 29/08/2002; Clarín, 27/08/2002).

El 28 de agosto, se comenzó a tratar el proyecto de ley en la Cámara Baja. En la Comisión de Salud de esta Cámara -presidida por Marta Larcia (menemista)-, se habían presentado dos proyectos alternativos que pretendían introducir nuevos elementos a la política del gobierno. Uno de estos proyectos fue presentado por la misma diputada Larcia. En él, el médico no estaba obligado a la prescripción por nombre genérico sino que se le daba la posibilidad de recetar tanto por nombre comercial como por nombre genérico.

Según Larcia, su preocupación principal era la calidad de los medicamentos que se le ofrecerían al público en las farmacias si se permitía la sustitución. Por eso, en su proyecto también se exigía a los laboratorios cumplir con una serie de requisitos –a ser establecidos por la ANMAT- antes de exponer sus productos en el mercado. Las críticas que hizo al proyecto oficial fueron muy duras y, en esto, contó con el apoyo de los laboratorios. La segunda alternativa fue presentada por el radicalismo y encabezada por el diputado Aldo Neri. También impulsaba la prescripción por nombre genérico y exigía a los genéricos estrictos requisitos para su inscripción en la ANMAT y su posterior comercialización. Además, proponía la creación de registros de farmacia y de empresas productoras y fraccionadoras de drogas y medicamentos (La Nación, 15/08/2002).

Por lo tanto, el 28 de agosto, las posiciones estaban divididas en dos frentes. Por un lado, había un grupo de legisladores que respondían al presidente Duhalde y que aceptaban sin cuestionamiento el proyecto oficial que establecía la obligatoriedad de la utilización del medicamento por su nombre genérico y que trataba a todos los medicamentos –tanto los de marca como los similares o copia- por igual, permitiendo su sustitución por el farmacéutico. Por otro lado, estaban quienes pretendían crear un nuevo mercado: el de los genéricos. Esta era la posición tanto del radicalismo como del sector del PJ presidido por la diputada Larcia. Es decir, los proyectos alternativos impulsaban una política de fomento a la producción tanto de medicamentos de marca como de medicamentos genéricos. La intención de crear un mercado de genéricos explica la preocupación que muchos tenían por la calidad de los medicamentos que se ofrecerían al público pues es verdad que en este país no existen regulaciones sobre eficacia y calidad que contemplen a los medicamentos genéricos. Entonces, los pedidos del radicalismo y de parte del PJ por controles y requisitos más estrictos respondían al distinto tipo de solución que éstos pretendían dar al problema del acceso. La diferencia entre el radicalismo y el bloque presidido por la diputada Larcia era que, el primero, apoyaba la prescripción obligatoria por nombre genérico y el segundo, simplemente le confería al médico la posibilidad de hacerlo.

Ahora, todas estas diferencias no constituían simples diferencias de criterio sino que revelaban una complicada puja de intereses económicos y políticos. Los productores de

medicamentos de marca comprendieron que una medida que colocaba a toda la industria farmacéutica en el mismo punto de partida los perjudicaba mucho más que la creación de un mercado paralelo de medicamentos genéricos. Es decir, si todos los medicamentos con el mismo principio activo son considerados intercambiables y si el médico tiene la obligación de prescribir por nombre genérico, la diferenciación del producto a través de la marca o nombre comercial se vuelve irrelevante. Por otro lado, desde el gobierno, el impacto en los precios de una política de utilización del medicamento por su nombre genérico en un contexto de una amplia dispersión de precios entre los medicamentos (especialmente entre distintas marcas y presentaciones de las mismas especialidades medicinales) sería muchísimo mayor y se daría en menos tiempo que una política que promoviera la creación de un mercado que compitiera con el mercado de medicamentos de marca.

Entonces, el día del debate, las posiciones en la Cámara de Diputados estaban bastante divididas y nadie se arriesgaba a predecir el resultado de la votación. A las 21:30hs., Ginés González García ingresó en el recinto para seguir de cerca el debate y apoyar a los legisladores que estaban a favor de su política. La negociación legislativa fue constante y la presión de los laboratorios era muy difícil de ignorar, a tal punto que, el día anterior, habían entregado a todos los legisladores cartas firmadas por los presidentes de las principales cámaras de la industria en las que advertían sobre los “males” que la Ley podría provocar en la salud de la población. A su vez, la titular de la Comisión de Salud, protagonizó duros debates con sus colegas del PJ y aseguró que *“no se puede permitir que se prescriban medicamentos sin control, que haya medicamentos para ricos y otros para pobres”* (La Nación, 29/08/2002: 15).

Finalmente, en la madrugada del 29 de agosto, la Ley N° 25.649 o, como es conocida, la Ley de Utilización del Medicamento por su Nombre Genérico, fue sancionada. Según cuentan miembros del gabinete del Ministro, nadie se imaginaba que el consenso terminaría siendo tan apabullante y que la votación final resultaría en una amplia mayoría a favor del proyecto del gobierno (183 votos a favor, tres abstenciones y dos en contra). El punto de inflexión se dio cuando se supo que el radicalismo, el ARI y la mayoría del

justicialismo respaldarían el proyecto. Esto fue posible gracias al compromiso que asumió el PJ al aceptar el pedido opositor de debatir en la próxima sesión (con despacho de comisión) un proyecto de ley de Aldo Neri para regular la producción y venta de medicamentos. El rechazo a la Ley quedó limitado a la diputada Marta Larcia, quien se ausentó del recinto durante la votación. El resto, todos votaron a favor, salvo los legisladores de Autodeterminación y Libertad –entre ellos, Luis Zamora- quienes se abstuvieron porque consideraron que *“hubo irresponsabilidad en el tratamiento de las iniciativas”* (La Nación, 30/08/2002: 20; Clarín, 29/08/2002: 29).

En el texto de la Ley se establece que el objeto es la defensa del consumidor de medicamentos y drogas farmacéuticas. En consecuencia, *“toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional”*. El nombre genérico también deberá figurar en los envases, rótulos, prospectos, documentos, publicidades, textos normativos, registros, autorizaciones, etc. El 18 de septiembre el Poder Ejecutivo la promulgó mediante el Decreto 1855/2002.

3.5. La respuesta de la industria

El rechazo de los laboratorios a la Ley se hizo sentir en seguida. El 29 de agosto publicaron un aviso en el diario CLARÍN en el que se leía: *“no hay dos médicos iguales, no hay dos pacientes iguales, no hay dos medicamentos iguales para vos (...) que nadie cambie lo que tu médico te receta”* (Clarín, 30/08/2002). Así mismo, el 30 de agosto en el diario LA NACIÓN, publicaron una solicitada en la que expresaron su oposición (La Nación, 30/08/2002). Según estableció un representante de la industria farmacéutica, *“en el contexto de crisis, pegarle a la industria traía beneficios políticos. El gobierno necesitaba réditos políticos porque venía haciendo todo mal. El Ministro quiso torcerle el brazo a la industria y para eso inventó algo que no existe en ningún lugar del mundo”*. Sin embargo, a pesar de la campaña, varias encuestas revelaron que, cada vez más, la gente apoyaba la Ley (Ministerio de Salud de la Nación, 2002b).

Tiempo después, viendo que la política ya estaba demasiado avanzada como para volver atrás, algunos laboratorios comenzaron a cambiar su actitud. Por ejemplo, las empresas farmacéuticas multinacionales comenzaron a aceptar la política y a hacer menos cuestionamientos. Dado que desde el Programa Remediar el Estado lleva adelante millonarias licitaciones públicas para la compra de medicamentos (una de ellas fue de 25 millones de dólares), los laboratorios de mayor envergadura –tanto de origen nacional como extranjero- empezaron a mostrarse más “amigables” de forma tal de poder vender sus productos al Estado¹⁹. Entonces, si bien hace un tiempo se decía que quienes más se beneficiarían de la política nacional de medicamentos serían los laboratorios más chicos – por ser quienes producen las alternativas más baratas-, la realidad es que quienes mejor están recuperando el nivel de ventas perdido por la crisis económica son los laboratorios más grandes.

3.6. Los últimos acontecimientos

A futuro, se espera que las medidas adoptadas disminuyan la brecha de precios existente entre las distintas marcas comerciales, de modo de beneficiar a los ciudadanos. Las primeras evaluaciones establecieron que, a partir de junio de 2002, los precios de los medicamentos comenzaron a estabilizarse y, en algunos casos, llegaron a descender. Sin embargo, debido a que los ajustes de precios no han sido homogéneos entre laboratorios, la dispersión todavía no ha disminuido. Ahora, recordemos que el impacto de la política no debe ser medido sólo en cuanto al descenso de los precios sino también por el descenso en el gasto en salud y el aumento en el acceso.

Más allá del efecto sobre los precios, se han producido cambios en la forma de prescribir de los profesionales de la salud. Según un estudio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación, se establece que, desde la percepción de los farmacéuticos, en más de un 50% de las recetas se consigna

¹⁹ Vale la pena aclarar que el Estado ha logrado poner sus condiciones a la compra de medicamentos que hace a la industria. Es decir, en el momento de la licitación, es el Ministerio de Salud de la Nación quien pauta qué debe decir el envase, qué cantidad de unidades debe traer, de qué tamaño debe ser, etc. De esta manera, el Estado ha logrado comprar medicamentos al 10% del precio de venta al público.

el nombre genérico del medicamento y que los pacientes intercambian marcas en más de un 30% de los casos (Tobar, Godoy Garranza, Monsalvo y Falbo, 2003).

El 25 de febrero de este año, Carmelo Angulo Barturen en representación del PNUD, el Ministro de Salud Ginés González García y el Dr. Justo Carbajales, Coordinador del Grupo Operativo del Diálogo Argentino, ratificaron los consensos alcanzados el año anterior y firmaron un Acta de Compromiso que incluye seguir reconociendo como política de Estado el acceso universal al medicamento. Nuevamente, participaron de esta reunión todos los actores del sistema de salud (salvo los laboratorios) y se comprometieron a *“sea quien sea la autoridad política en el gobierno a partir del 25 de mayo, insistir para que se mantenga la política de prescripción por nombre genérico”* (Carbajales, 30/05/2003).

Para terminar, hablaremos de uno de los últimos sucesos en torno a la política: la reciente reglamentación de la Ley N° 25.649 mediante el Decreto 987. El Decreto establece una división de roles en la promoción del acceso a los medicamentos. Por un lado, los médicos y odontólogos están obligados a recetar utilizando el nombre genérico del medicamento que elijan. También pueden incluir la marca comercial con la debida justificación. Las recetas que no cumplan con estos requisitos no serán consideradas recetas válidas. Por otro lado, el Decreto jerarquiza el rol del profesional farmacéutico, quien es considerado el responsable de verificar la validez de la receta. Además, asume que el acto farmacéutico involucra tanto el asesoramiento e información al usuario sobre todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo y sus distintos precios como la responsabilidad legal en ese acto. En este sentido, las obligaciones del profesional farmacéutico no pueden ser delegadas en dependientes no matriculados. Por último, el Decreto exige un rol activo al gobierno otorgándole a las autoridades regulatorias un papel central. En efecto, la ANMAT es considerada la entidad responsable del registro de especialidades medicinales y de enumerar aquellas que el farmacéutico no estará habilitado para reemplazar (debido a sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico) (Tobar, 2003).

La reglamentación de la Ley es un hecho fundamental pues evidencia que la decisión del gobierno de implementar la política de utilización del medicamento por su nombre genérico sigue en marcha. Además, prueba que los intereses de la industria también pudieron ser neutralizados en el momento de definir la forma en que se reglamentaría la Ley. A diferencia de lo que sucedió en otras oportunidades, por ejemplo con el Decreto 150, esta vez los laboratorios no lograron obstaculizar la creación de marcos legales que aseguren la implementación de la política.

A diez meses de instaurada la política de utilización del medicamento por su nombre genérico, el diario CLARÍN publicó una nota acerca de las transformaciones sufridas por el mercado de medicamentos. Allí, Carlos Liascovich, autor de la nota, habla de una *“revolución silenciosa y sin pausa que está cambiando el mercado de medicamentos en la Argentina”* (Clarín, 6/04/03). Que esto efectivamente suceda dependerá de la capacidad de los próximos gobiernos para verificar el cumplimiento de la Ley.

CAPÍTULO IV: EL ANÁLISIS

*The critical thing to understand is not where the seed comes from,
but what makes the soil fertile (Kingdon, 1995: 77)*

La política de utilización del medicamento por su nombre genérico eliminó uno de los componentes más importantes de la estrategia de comercialización de los medicamentos: la marca. ¿Cómo es posible que una política tan perjudicial para el negocio farmacéutico haya sido aprobada? La hipótesis que planteamos en la introducción de este trabajo –y que confirmaremos en este capítulo con la ayuda de la teoría de Kingdon- da la respuesta: *la política fue aprobada porque el gobierno logró neutralizar la capacidad de veto de la industria a partir de la combinación exitosa de un problema, una solución y un conjunto de apoyos. Esto fue posible gracias a la coyuntura de crisis económica y política que tuvo la virtud de colocar el tema del acceso a los medicamentos en la agenda de gobierno, de generar una disposición a la acción por parte de las autoridades políticas y de desestabilizar a todos los actores y coaliciones del sistema de salud.*

En este sentido, el pobre desempeño de la economía, agudizado en el primer semestre del año 2002 por la crisis política e institucional y sumado al rápido deterioro del bienestar social, se convirtió en la “ventana de oportunidad” (*policy window*) para impulsar la política. Una ventana de oportunidad es una ocasión propicia para amalgamar problemas, soluciones y apoyos. Es un momento que no dura eternamente y que los emprendedores de política deben aprovechar para impulsar sus propuestas (Kingdon, 1995). Entonces, la primera cuestión a ser analizada en este capítulo es la forma en que la crisis afectó la dinámica del proceso decisorio y creó una oportunidad para la acción.

1. La crisis: una ventana de oportunidad

El fuerte recorte de recursos en la Seguridad Social y el gasto público, el crecimiento de la pobreza y el aumento en los costos de los medicamentos e insumos

importados como consecuencia de la devaluación, comprometieron seriamente el abastecimiento y acceso a los fármacos. A esto se le agregaron condiciones de ineficiencia crónica y fallas estructurales que condicionaron de antemano el funcionamiento del mercado de medicamentos. Por esto, la crisis perjudicó tanto a consumidores como a proveedores de fármacos.

Por el lado de la demanda, la capacidad de compra fue afectada por la pérdida (a) del ingreso –producto del desempleo; (b) de la cobertura brindada por la Seguridad Social –también como consecuencia del desempleo y (c) del poder de compra del dinero –como resultado de la devaluación del peso y aumento de los precios. A su vez, la escasez de recursos financieros en el Estado y en la Seguridad Social deterioró el sistema de cofinanciación en la adquisición de medicamentos. En efecto, buena parte de la población se vio privada de acceder a ellos.

Por el lado de la oferta, la pesificación de las deudas por la compra de fármacos e insumos en el exterior comprometió las finanzas de la industria farmacéutica y produjo un fuerte descenso de las ganancias. A su vez, el aumento de los costos y el rebrote inflacionario ocasionaron una estampida en los precios. Las distribuidoras, droguerías y farmacias también padecieron los efectos de la crisis pues las ventas, tanto directas como indirectas, se desplomaron. Además, el atraso en la cadena de pagos, sumada a la incertidumbre frente al nuevo régimen cambiario, ocasionó problemas de desabastecimiento de medicamentos en hospitales y farmacias.

En consecuencia, desde posiciones e intereses contrapuestos, tanto los consumidores como la industria, comenzaron a presionar sobre el sistema político para lograr protecciones que compensaran la posición de debilidad en la que se encontraban. Rápidamente, el tema del abastecimiento y acceso a los fármacos adquirió visibilidad, especialmente en los medios.

Ahora bien, la preocupación del gobierno por el tema no sólo respondió a la magnitud de la crisis sino también a la necesidad de legitimación que éste tenía. Dado que

el gobierno del Presidente Eduardo Duhalde carecía de legitimidad –pues se trataba de un gobierno interino elegido por los legisladores y no por el pueblo-, debió compensar con el desempeño lo que con el origen no podía tener. En efecto, a poco tiempo de asumir, el presidente nombró a quien él creía que estaba en mejor posición para solucionar los problemas en el sistema de salud y darle mayor legitimidad a su gobierno: Ginés González García.

Por lo tanto, la debacle económica y política que vivió la Argentina a principios del 2002 tuvo los siguientes efectos sobre el proceso decisorio: (1) colocó el tema del acceso a los medicamentos en la agenda de gobierno; (2) generó una disposición a la acción por parte de las autoridades políticas y (3) debilitó a todos los actores involucrados en la compra y venta de medicamentos: pacientes, médicos, obras sociales, prepagas, hospitales, laboratorios, distribuidoras, droguerías y farmacias.

Es decir, producto de circunstancias excepcionales, apareció una oportunidad para impulsar cambios en el mercado de medicamentos. Frente a un clima de opinión favorable a iniciativas de gobierno que mejoraran el bienestar social de la población y a la pérdida de poder de negociación de los laboratorios como resultado de sus problemas económicos y financieros, el nuevo Ministro de Salud tomó la decisión de avanzar hacia la implementación de una política de utilización del medicamento por su nombre genérico.

2. Ginés González García: un emprendedor de políticas

Las ocasiones para introducir nuevos temas en la agenda de gobierno son muy limitadas. Por eso, la receptividad de los emprendedores de políticas a los cambios en el ambiente político, económico y social es fundamental. En general, estas personas cuentan con un repertorio de soluciones para determinados problemas públicos sobre las que trabajan durante años esperando una oportunidad para implementarlas. Así, buscan adaptar sus propuestas a los problemas y exigencias políticas del momento (Kingdon, 1995).

El Dr. Ginés González García es uno de estos emprendedores de políticas que, sin preverlo, se encontró en el lugar justo, en el momento justo. La trayectoria y cualidades personales de este médico sanitarista especialista en políticas de medicamentos fueron destacadas por todos los informantes entrevistados. En particular, me interesa resaltar tres comentarios. El primero de ellos fue hecho por Federico Tobar, miembro del equipo de trabajo del Ministro y actual Coordinador General del Programa Remediar: *“Teníamos un equipo que conocía mucho el tema. Hasta ahora no había pasado eso (...) Eso hace al conocimiento que nos dio ventajas en la negociación”* (Tobar, 9/04/2003). Es decir, uno de los recursos más importantes con los que contó González García a la hora de sentarse a negociar con la industria farmacéutica fue su conocimiento y *expertise* sobre el funcionamiento del mercado de medicamentos. Ahora, en el ámbito de la Salud Pública es posible encontrar varias personas con una experiencia y conocimiento similar. Sin embargo, no todos son escuchados ni cuentan con el apoyo y aprobación suficiente como para que sus ideas sean tenidas en cuenta. Por eso, la red social y conexiones políticas que el Ministro trajo consigo a la cartera de Salud es otro de los recursos que le dieron ventajas en la negociación. En palabras del Dr. Mera: *“Durante toda su trayectoria, Ginés había logrado establecer relaciones bastante estables con varios de los actores del sistema de salud y esto le permitió armar fácilmente una coalición de aliados que neutralizara la presión de los laboratorios”* (Mera, 13/11/2002). El último elemento que me interesa destacar respecto de este emprendedor de políticas no es un recurso sino una virtud: su receptividad y sensibilidad. Es decir, su capacidad para detectar las opiniones y preocupaciones de los actores. Las palabras del Dr. Carbajales, Coordinador del Grupo Operativo del Diálogo Argentino, ilustran esto: *“Él venía estudiando bien el tema, e interpretó cuál era el consenso. Él supo interpretar ese mandato que se le dio y encontró una manera muy eficaz de hacerlo”* (Carbajales, 30/04/2003).

Por lo tanto, gracias a su *expertise*, a la red de apoyos que lo acompañaba desde hace varios años y a la sensibilidad que lo caracteriza, el Ministro de Salud se encontró en una posición privilegiada para negociar con la industria farmacéutica. Haciendo uso de estos recursos, articuló lo que estaba disperso, consiguió un caudal mayor de apoyos e

insertó la política de utilización del medicamento por su nombre genérico en la agenda de gobierno.

Si bien no pondremos en duda la habilidad del Ministro para lograrlo, sí creemos necesario aclarar que la crisis económica y política lo benefició ampliamente. Es decir, nos preguntamos si en un escenario de normalidad institucional y estabilidad económica hubiese conseguido los mismos resultados. No es nuestra intención hacer un planteo contrafáctico sino más bien destacar que el contexto constituye una variable adicional a ser tenida en cuenta. Éste, debilitó a todos los actores del sistema de salud y fomentó la idea de que el mercado de medicamentos no estaba funcionando bien.

Hasta aquí, nos hemos ocupado de explicar la forma en que la crisis económica y política creó una oportunidad para que un empresario de políticas, el Ministro de Salud Ginés González García, impulsara la reforma del mercado de medicamentos. En los párrafos que siguen, analizaremos cómo se produjo la confluencia del problema del acceso a los medicamentos, con la política de la utilización del medicamento por su nombre genérico y con un grupo de actores dispuestos a respaldarla.

3. La confluencia de un problema, una solución y un conjunto de apoyos

3.1. El acceso a los medicamentos: un problema público

Los problemas abundan y las autoridades políticas prestan atención a una pequeña parte de ellos. Lograr que el gobierno se concentre sobre alguno es parte central del proceso de formación de las políticas públicas. En general, vincular una alternativa de política a un problema apremiante aumenta considerablemente la probabilidad de que ésta sea considerada por el gobierno (Kingdon, 1995). Por eso, es importante entender cómo se reconoció y definió el problema del acceso a los medicamentos en base a la política que el Ministro de Salud pretendía impulsar.

En primer lugar, un problema puede ser detectado a través de un cambio en algún indicador, por ejemplo, del PBI. En el caso del acceso a los medicamentos, una proyección realizada por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la base del mes de febrero del 2002 mostró una caída del consumo de medicamentos del 42% respecto del año 2001 que alertó tanto al gobierno como a la industria. Cada una de las partes interpretó la caída en forma diferente y la atribuyó a causas distintas.

Desde el punto de vista del Ministerio, el descenso del consumo era evidencia de un problema en el acceso. Es decir, producto de la crisis, amplios sectores de la población habían quedado al margen del mercado de medicamentos ocasionando un fuerte impacto en el nivel de consumo. Ahora, las causas a las que apeló el gobierno no sólo tenían que ver con el rebrote inflacionario y el aumento general de los precios sino también con las estrategias de comercialización de la industria basada en la diferenciación del producto a través de la marca. Por eso, el Ministro González García dijo lo siguiente: *“El acceso a los medicamentos es uno de los temas más críticos que estamos atravesando los argentinos en la actualidad. Pero el problema no nace hoy, lo venimos arrastrando desde hace años (...) Si la sociedad no hubiese estado atada de pies y manos a un mercado de marcas comerciales, la caída del consumo no hubiese sido tan dramática”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2002: 10).

La industria, en cambio, argumentó que *“el acceso a los medicamentos depende de varios factores además del precio: el ingreso de las familias, el desempleo, el gasto público destinado a salud, la eficiencia de dicho gasto y los programas de asistencia a poblaciones carenciadas”* (CAEME, CILFA y COOPERALA: 2002). En definitiva, intentaron vincular el descenso en el consumo con el pobre desempeño de la economía y del sistema de salud en particular.

Respecto a lo que dijeron y definieron otros actores del sistema de salud, es interesante analizar la opinión de los médicos y farmacéuticos ya que son ellos quienes establecen un contacto directo con los pacientes recetándoles y vendiéndoles medicamentos. Entre los médicos, las opiniones estuvieron divididas. Por un lado, varias de

las asociaciones que los representan (por ejemplo la COMRA, el Foro Nacional de Instituciones Médicas, la Federación Médica de la Capital Federal y de la Provincia de Buenos Aires, etc) establecieron una correlación entre el aumento de los precios, el descenso en el consumo y la falta de acceso. También sostuvieron que la incapacidad del paciente de poder elegir entre diferentes marcas comerciales se debe “*a la concepción mercantilista que la industria farmacéutica pretende darle a la salud pública*” (AMRA en Ministerio de Salud de la Nación, 2002b: 31). Por otro lado, la Asociación Médica Argentina (AMA) tomó una posición más cercana a la de la industria al sostener que la falta de acceso a los medicamentos tenía que ver con la inexistencia de programas de entrega gratuita de fármacos a la población carente (AMA, 2002).

Desde otra posición, los farmacéuticos atribuyeron el descenso en el consumo a la “*grave crisis de la Seguridad Social*”, la cual cofinancia parte del gasto en medicamentos (COFA en Ministerio de Salud de la Nación, 2002b: 31).

En los medios, la falta de acceso apareció vinculada a tres cuestiones: (1) a los problemas de desabastecimiento producto de las retenciones de stock en las droguerías y laboratorios; (2) a la incapacidad de los laboratorios de seguir fabricando medicamentos con insumos importados y (3) al aumento del precio de los medicamentos.

Es decir, el problema del acceso fue definido por cada uno de los sectores en forma diferente dependiendo del rol que cada uno tiene en el mercado de medicamentos. A pesar de la falta de acuerdo respecto a cuáles eran los motivos e implicancias del descenso en el consumo de medicamentos, la visión del Ministerio de Salud sobre el estado de cosas perduró y logró influenciar a la opinión pública. Esto puede ser explicado por varios factores: (1) por el respeto y aceptación del que gozan las ideas del propio Ministro gracias a su trayectoria en el tema de medicamentos; (2) por la predisposición de la opinión pública a aceptar definiciones de problemas que involucren a “grandes y poderosas corporaciones” -en este caso, a la industria farmacéutica; (3) por el apoyo que el Presidente Eduardo Duhalde dio a González García -determinando, en parte, la posición de otros actores y (4) por la convergencia de opiniones respecto a la necesidad de garantizar el acceso universal a

los medicamentos que se dio en las reuniones de la Mesa de Salud entre médicos, consumidores, farmacéuticos, trabajadores, desocupados, obras sociales, prepagas y organismos internacionales.

Por lo tanto, el problema del acceso a los medicamentos fue definido en forma política y socialmente aceptable. Es decir, apelando a ciertos valores y creencias de la sociedad, la falta de acceso a los medicamentos fue entendida como un problema público vinculado a las estrategias de comercialización de la industria y a la imposibilidad de los consumidores de elegir marcas más baratas. Con esa definición, el problema entró a la agenda de gobierno.

3.2 La utilización del medicamento por su nombre genérico: una alternativa de política

Como explicamos en el Capítulo I, en los primeros meses del año 2002, el Ministerio de Salud elaboró una política nacional de medicamentos tendiente a ampliar la competencia, lograr el descenso de la dispersión de precios existente entre las distintas marcas comerciales de cada grupo terapéutico y garantizar el acceso de la población a los fármacos esenciales. Uno de los pilares de esta política fue la obligatoriedad de la prescripción por nombre genérico y la habilitación al farmacéutico para sustituir el medicamento recetado por el médico.

La elección e implementación de esta política responde por un lado, a una decisión tomada desde la racionalidad. Es decir, a partir del estudio que desde hace más de diez años realizan Ginés González García y su equipo sobre la naturaleza del mercado de medicamentos argentino, se determinó que esta era la política que mejor se adaptaba a ella y que a su vez respondía a la emergencia sanitaria del momento. Por lo tanto, entendieron que esa alternativa de política respondía tanto a las fallas estructurales del mercado como a los problemas más inmediatos.

Ahora bien, más allá de la elección racional que haya hecho el Ministro y su equipo, también es posible atribuir el resultado a un proceso de confrontación, combinación y

mutación de viejas y nuevas propuestas que no pudo ser controlado por ninguno de los actores involucrados. Según explica Kingdon, dentro de las redes (o *policy communities*) que forman investigadores, asesores, técnicos, analistas, políticos y grupos de interés, las ideas fluyen, se confrontan y se combinan. Algunas de ellas sobreviven y progresan; otras, son desechadas o archivadas. Lo que ocurre dentro de estas redes o comunidades es un proceso de selección y evolución similar al que planteó Darwin para el mundo animal²⁰. La clave para entender el proceso de formación y elección de las alternativas de política es conocer las condiciones bajo las cuales las ideas sobreviven (Kingdon, 1995).

Lo primero que tendré en cuenta, es la existencia de una red de personas en la que se intercambiaron, enfrentaron y combinaron las ideas.

Cuando Ginés González García asumió como titular del Ministerio de Salud de la Nación, trajo consigo un grupo de especialistas con los que venía trabajando desde hace tiempo en ISALUD -fundación dedicada al estudio de los problemas de Salud Pública que él mismo fundó en los 90'. He aquí, entonces, el primer indicio sobre la existencia de una red de personas abocadas al desarrollo de alternativas de política pública, en este caso, políticas de salud.

Las primeras medidas tomadas por el Ministro fueron fruto del trabajo de las personas que formaban esta red. En un primer momento, buscaron que la política que solucionara los problemas de acceso a los medicamentos saliera de la negociación con los laboratorios y no de una elección racional tomada en forma unilateral e independiente. En efecto, se negaron a impulsar desde el vamos una política de utilización del medicamento por su nombre genérico porque consideraban que el gobierno nacional era demasiado débil como para encarar una política que implicara una confrontación con la industria (Tobar, 9/04/2003).

²⁰ Para Kingdon, estas redes de personas conforman una *policy community*. Esto es, una red de especialistas en algún área de política –salud, transporte, trabajo, educación, entre otras- que se encuentran tanto dentro como fuera del gobierno y que se dedican a la elaboración de políticas (Kingdon, 1995). Por su parte, Hugh Hecló, introdujo el concepto de *issue network* o red de asuntos para analizar la forma en que los expertos en políticas y activistas políticos influyen en el proceso de elaboración de políticas. Para él existen numerosas

El acuerdo voluntario con la industria farmacéutica que intentó lograr el Ministerio había sido la estrategia utilizada en el pasado para corregir las fallas del mercado de medicamentos. Esto quiere decir que, ante la emergencia, se apeló a una solución conocida. Una vez que esta política fracasó, se abrió un espacio para que intentaran introducir una política pública innovadora. Fue en ese momento cuando González García encabezó la etapa de diseño de la política nacional de medicamentos y se volcó hacia la concertación con los actores representados en la Mesa de Salud.

En el Acta de Compromiso Sectorial de Salud firmada por el Ministerio y 300 entidades del sector el 22 de febrero, es posible detectar algunos elementos que más tarde dieron forma a la política de utilización del medicamento por su nombre genérico. Por ejemplo, la decisión de elaborar un Listado de Medicamentos esenciales agrupados según su nombre genérico -no según sus marcas comerciales- fue utilizada para inducir la utilización del nombre genérico en los médicos y obras sociales. Durante las reuniones de la Mesa de Salud que siguieron –de las cuales participaron el Ministro y todos los firmantes-, se delinearon varias alternativas de política a ser implementadas para garantizar el acceso universal a los medicamentos. Según el Dr. Justo Carbajales, los laboratorios subestimaron la posibilidad de que la alternativa de la utilización del medicamento por su nombre genérico se concretaran. En las reuniones establecieron que presentarían más propuestas para solucionar el problema del acceso, sin embargo, una vez que la política de prescripción por nombre genérico ganó un lugar en la agenda de gobierno, la industria farmacéutica se limitó a hacer lobby para evitar que fuese implementada (Carbajales, 30/05/2003).

Al comenzar este capítulo, hice hincapié en la importancia que tienen las redes que forman investigadores, asesores, técnicos, analistas, políticos y grupos de interés en el proceso decisorio. A continuación, señalé la presencia de una red de expertos en políticas de medicamentos trabajando junto a González García. Luego, hablé de la Mesa de Salud. Con el paso del tiempo, ésta pasó a cumplir el rol de legitimadora de las acciones

redes de influencia formadas por estos expertos que se disputan el poder y el control de la agenda (Hecló en

emprendidas por el Ministerio. Producto de la interacción entre el gobierno y la Mesa, ésta quedó establecida como una *policy community*. Según explica Kingdon, aquellas comunidades con mayor grado de cohesión e interacción están más integradas al proceso político y suelen generar perspectivas, orientaciones y formas de pensar comunes (Kingdon, 1995). Efectivamente, lo que ocurrió dentro de ese espacio fue un proceso de selección, evolución y aprobación de alternativas de política que concluyó con la implementación de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico a nivel nacional y provincial.

El primer logro fue que la Cámara Alta aprobara un proyecto de ley que hacía obligatoria la utilización del medicamento por su nombre genérico en todo el territorio argentino. Más tarde, haciendo uso de las atribuciones otorgadas al Ministro de Salud mediante el Decreto N° 486/02, González García reglamentó esa obligación a través de una Resolución Ministerial. Debido a las presiones y críticas de los laboratorios, se introdujo la posibilidad de que el profesional médico recomendara, junto con el nombre genérico, una marca determinada. Es decir, se combinaron dos alternativas de política: la de la prescripción por marca comercial y la de la prescripción por nombre genérico. Sin embargo, para la industria, esto no fue suficiente.

Como la Resolución habilitaba la sustitución del remedio recetado por el médico por alternativas más baratas que, según las empresas farmacéuticas, son de dudosa calidad, sostuvieron que la “verdadera” política de medicamentos era aquella que garantizara la intercambiabilidad de los fármacos. Para implementar esta política hacía falta asegurar la equivalencia de los genéricos con los medicamentos de referencia mediante estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad. *“Si no se puede garantizar la intercambiabilidad, no puede obligarse a una prescripción por nombre genérico ni autorizar al farmacéutico a que sustituya una receta entre dos productos con el mismo principio activo”* (CAEME, CILFA y COOPERALA, 2002). Pese a las campañas mediáticas que llevó adelante la industria para influenciar a la opinión pública, la política que apoyaban no prosperó. Según explicó el Dr. Carbajales, *“la medida alternativa no era de emergencia, era empezar con*

Aguilar Villanueva, 1996).

un proyecto de bioequivalencia, era patear la pelota 2 o 3 años, entonces, no tuvo consenso de nadie” (Carbajales, 30/04/2003).

Cuando el proyecto de ley de utilización del medicamento por su nombre genérico fue debatido en la Cámara Baja, la política ya había alcanzado un apoyo mayoritario por parte de casi todos los actores del sistema de salud. Durante el debate, la propuesta del gobierno fue confrontada a la de la industria -reflejada en el proyecto de Ley presentado por la diputada Marta Larcia. La discusión se destrabó cuando el gobierno aceptó debatir en la próxima sesión el proyecto de Aldo Neri (UCR) que buscaba regular la producción y venta de medicamentos. Gracias a este compromiso, el proyecto de Ley del Ministerio ganó el apoyo del ARI, la UCR y el resto del PJ. Es decir, la política de utilización del medicamento por su nombre genérico se convirtió en Ley cuando el Ministro incorporó a su política nacional de medicamentos elementos propuestos por otras fuerzas.

Por lo tanto, como sostuvimos al comenzar este apartado, una de las claves para entender el proceso de formación y elección de las alternativas de política es conocer las condiciones bajo las cuales las ideas sobreviven. En nuestro caso de análisis, estas condiciones fueron: (1) la presencia de una red de personas: investigadores, asesores, técnicos, analistas, políticos y grupos de interés, dentro de la cual las ideas se confrontaron, se combinaron y generaron apoyos; (2) el fracaso de las alternativas de política ya conocidas y (3) la posibilidad de combinar la propuesta original del gobierno con propuestas presentadas por otros sectores.

3.3 La Mesa de Salud: un conjunto de apoyos

No todos los actores tienen el mismo acceso a la arena pública. La razón es que existen grupos e intereses mejor organizados y con más recursos que otros. En consecuencia, la formación de la agenda suele inclinarse a favor de algunos grupos y cuestiones. Lo más importante aquí, es el apoyo que estas fuerzas den a los actores políticos y sus propuestas (Kingdon, 1995).

Como dijimos en el apartado anterior, la primer acción que el Ministro de Salud emprendió, fue buscar acuerdos con la industria farmacéutica. Es decir, intentó conseguir el apoyo y cooperación de uno de los grupos de interés con mayor poder económico y político del país. Por primera vez en muchos años, CAEME, CILFA y COOPERALA constituyeron un frente único caracterizado por la homogeneidad de opiniones y visiones sobre cuál era la forma de paliar la crisis del mercado de medicamentos. Todos los laboratorios que estas cámaras representan habían sido muy golpeados por la crisis económica, por eso, estuvieron dispuestos a sentarse a negociar con el gobierno y encontrar alternativas de política que mejoraran su posición. De estas negociaciones salieron las primeras medidas para afrontar la crisis: congelamiento de precios, canasta de medicamentos esenciales, donaciones de medicamentos, eliminación de impuestos a la importación, etc. Sin embargo, una a una fueron mostrando sus limitaciones para garantizar el abastecimiento y acceso a los medicamentos, principal objetivo del Ministerio.

Cuando, a mediados de marzo, la industria ya no pudo contener más los precios y lanzó un aumento, la relación con el gobierno se endureció. Desde el punto de vista del Ministro, ese aumento era inaceptable pues comprometía el acceso de la población a un bien social necesario para garantizar una adecuada calidad de vida. En consecuencia, interpretó que ese era el momento para implementar políticas alternativas. A partir de ahí, se dirigió a aquellos que se mostraran dispuestos a enfrentarse con la industria. Es decir, se abocó a la búsqueda de consensos con un actor alternativo: el público (Rose, 1991). A través de la creación de una opinión pública favorable a sus iniciativas, González García no sólo debilitó el frente de oposición que formaron los laboratorios sino que también intimidó a los legisladores todavía renuentes a prestarle su apoyo.

Una vez más, es necesario tener en cuenta el papel que cumplió la Mesa de Salud en la generación de estos consensos y apoyos.

Las opiniones respecto de la relevancia de la Mesa en el proceso de formación de coaliciones que apoyaran la política del gobierno están bastantes divididas. Por un lado, están quienes creen que la Mesa jugó un rol fundamental y dio a la política la *“legitimidad*

social” que necesitaba (Carbajales, 30/05/2003). Por otro lado, desde la industria, se sostiene que fue “*un telón de fondo*” utilizado por el Ministro para ganar el apoyo de la opinión pública y de los legisladores. Más allá de las divergencias, lo cierto es que la Mesa Sectorial de Salud se convirtió en un espacio de debate en el que todos los actores del sistema de salud -farmacéuticos, obras sociales, médicos, trabajadores, ONGs, laboratorios, autoridades provinciales y nacionales, académicos, etc.- estuvieron representados y acordaron que el acceso universal al medicamento es un derecho esencial que debe traducirse en políticas públicas concretas. Durante las reuniones que se mantuvieron, la alternativa de implementar la utilización del medicamento por su nombre genérico ganó apoyo rápidamente. Apenas el Ministerio mostró que tenía la intención de avanzar en esa dirección y que los beneficios que la política traería aparejados serían mayores que los costos, la mayor parte de los grupos allí representados no dudaron en posicionarse del lado del gobierno. Es decir, en un escenario donde -producto de la magnitud de la crisis- todos eran perdedores, la viabilidad de implementar una política que mejorara aunque sea levemente la situación de cada uno, aumentó considerablemente. “*Estábamos, yo siempre digo, en un pésimo paretiano porque todos perdían (...) En esas condiciones de pésimo, todo es viable*” (Tobar, 9/04/2003).

Veamos ahora cuáles fueron los incentivos que tuvo cada uno de los actores para apoyar la política.

En cuanto a los médicos, éstos están acostumbrados a recetar por marca. Prescribir los medicamentos utilizando el nombre genérico implica un cambio cultural que algunos no están dispuestos a hacer. Además, la relación entre los profesionales de la salud y los laboratorios que producen medicamentos de marca es muy estrecha dado que la mayor parte de la información que los primeros manejan respecto de los productos en el mercado viene desde la industria farmacéutica a través de los visitadores médicos. A su vez, es de público conocimiento que los médicos obtienen beneficios otorgados por la industria (muestras gratis, viajes, premios, etc.) a cambio de recetar determinadas marcas. Por eso, el apoyo a la política por parte de los médicos no fue automático.

La crítica más fuerte que realizaron algunas asociaciones de médicos estuvo relacionada con la habilitación del farmacéutico para sustituir el medicamento recetado por el médico. El presidente de la Academia Nacional de Medicina sostuvo que *“de ninguna manera el farmacéutico puede hacer un cambio de la prescripción médica sin la autorización o el contacto con el tratante (...) porque no sólo pueden existir algunas variaciones en el contenido de otro medicamento, sino que cuando el médico está prescribiendo alguna medicación, lo está haciendo porque, en su experiencia, considera que es la medicación más efectiva”* (Bregadá en AMA, 2002). A su vez, la Asociación Médica Argentina manifestó su preocupación por la responsabilidad jurídica del médico frente a los problemas que pudiera ocasionar la sustitución.

Pese a que los médicos tenían razones para oponerse a la política y a la sanción de la Ley, la mayor parte de las asociaciones que los representan terminaron por apoyarla. Por un lado, consideraron que, dada la gravedad de la crisis sanitaria, una medida que permitiera que sus pacientes compraran medicamentos más baratos y pudieran completar el tratamiento debía ser bienvenida. Por otro lado, percibieron que el descenso de los precios y del gasto en medicamentos que la política implicaba, los beneficiaría pues les permitiría recuperar parte de los recursos perdidos frente a los medicamentos en la puja distributiva. Además, el costo social que implicaba ponerse en contra de una propuesta cuyo principal efecto sería darle a sus pacientes la posibilidad de elegir cuánto pagar por un fármaco, terminó por posicionarlos del lado del gobierno.

Respecto a los farmacéuticos, dado que sus ganancias sobre la venta de medicamentos se basan en un porcentaje del precio de venta al público, se supuso que no tendrían incentivos para apoyar una medida que implicara un descenso en los precios. Sin embargo, según explicó Tobar, los farmacéuticos tuvieron dos motivos para adherir a la política: el primero fue que, producto de la crisis, las ventas se desmoronaron y los problemas de abastecimiento alcanzaron niveles inesperados. Entonces, si bien el principal impacto de la política sería que los precios y el gasto en medicamentos descenderían, las ventas aumentarían. De alguna manera, esto les permitía recuperarse de las dificultades ocasionadas por la crisis. El segundo motivo fue que, al permitir la sustitución del

medicamento recetado por la alternativa recomendada por el farmacéutico, se jerarquizaba la profesión. Por lo tanto, la posible oposición por parte de los farmacéuticos fue neutralizada por el aumento de poder que implicaba poder recomendar y asesorar a los consumidores sobre qué medicamentos comprar y por el aumento en las ventas que el descenso de precios traía.

Existe una razón adicional por la cual los farmacéuticos apoyaron la medida. Según informaron algunos representantes de la industria, al tener mayor influencia sobre la elección que realiza el paciente, estarían en mejor posición para acordar precios más competitivos con los laboratorios. Incluso, podrían obtener los beneficios que antes les correspondían al médico por recetar determinadas marcas. En definitiva, al igual que los médicos, los farmacéuticos encontraron más razones para apoyar la política que para rechazarla.

En el momento en que el Ministerio lanzó la política, las obras sociales y prepagas estaban atravesando por una profunda crisis financiera producto de la caída en la recaudación de los aportes obrero-patronales por el crecimiento del desempleo y del incremento en la mora y evasión de aportes (Uribe y Schwab, 2002). Si tomamos en cuenta que la Seguridad Social gasta buena parte de sus recursos en remedios y que el principal efecto de la política sería un descenso en los precios y en el gasto en medicamentos, era posible esperar que las obras sociales y prepagas adhirieran a ella. A su vez, a principios del 2002, el gobierno implementó otras medidas tendientes a proteger los ingresos de la Seguridad Social (por ejemplo, impuso un aumento en los aportes patronales obligatorios). Es decir, ésta no estaba en condiciones como para oponerse a las iniciativas del gobierno sino que, en cierta forma, le debía su apoyo.

El clima general de opinión respecto de la política fue constantemente debatido y disputado entre los actores en pugna. Tanto el gobierno como la industria intentaron torcer la voluntad de la sociedad hacia un lado o hacia el otro. Las campañas mediáticas abogando por las virtudes o defectos de la política se convirtieron en moneda corriente durante varios meses. En los principales diarios se produjo una batalla de solicitudes tendiente a acaparar la

atención y apoyo de la gente por alguna de las dos posiciones. Sin embargo, el respaldo que recibió el Ministro desde la sociedad civil y las organizaciones que la representan - especialmente las de defensa del consumidor y jubilados- fue contundente²¹. La posibilidad de elegir entre distintas marcas y, consecuentemente, entre distintos precios, fue el principal motivo que tuvieron para aplaudir la iniciativa. Si bien hubo una asociación de defensa del consumidor (ADECUA) que puso en duda la calidad de los medicamentos en el mercado y la presencia de profesionales capacitados en las farmacias, el resto de las asociaciones apoyaron la medida con fuerza. Los “perdedores” de la batalla, la empresas de la industria farmacéutica, se defendieron diciendo que *“el gobierno necesitaba encontrar un culpable para eludir sus propias responsabilidades y encontró a la industria. La gente estaba predispuesta al NO a las grandes empresas. Primero fueron los bancos, después los laboratorios, luego las petroleras y ahora las AFJP”*.

En cuanto a la posición que tomaron el resto de las autoridades políticas a la propuesta del Ministerio, es interesante destacar la actitud de los Ministros de Salud provinciales y de los legisladores. Como establecimos en el capítulo anterior, durante el primer semestre del año, se produjo una “ola” de adopción de normativas relacionadas con la utilización del medicamento por su nombre genérico a nivel provincial. Además, en el mes de julio, apareció una solicitada de los Ministros de Salud de las provincias expresando su apoyo a la política de medicamentos implementada por el gobierno nacional. Algunas de las provincias ya contaban con algún tipo de legislación sobre genéricos desde los 90’; el resto, la adoptó como consecuencia de las negociaciones entre sus respectivos Ministros de Salud, el Consejo Federal de Salud y el Poder Ejecutivo de la Nación.

En cuanto a los legisladores, como la mayor parte de las jurisdicciones provinciales ya se habían adoptado leyes que implementaban la utilización del medicamento por su nombre genérico, los senadores aprobaron el proyecto de Ley Nacional sin mucho debate. Cuando llegó a la Cámara Baja, la negociación directa con los diputados se convirtió en un elemento fundamental para asegurar su sanción. El propio

²¹ Varias encuestas de opinión realizadas por las consultoras Artemio López, Research International y Fara & Asociados durante los meses de julio y agosto dan cuenta del apoyo que la sociedad dio a la política de prescripción por nombre genérico (Ministerio de Salud de la Nación, 2002b).

Ministro de Salud ingresó en el recinto para seguir de cerca el debate y apoyar a los legisladores que adherían a su política –en su mayoría, duhaldistas. Las diferentes posiciones tomadas por los diputados revelaron una complicada puja de intereses económicos y políticos. Si bien la industria farmacéutica contó con algunos legisladores adeptos, esto no fue suficiente como para inclinar la balanza a su favor. Cuando el proyecto de ley obtuvo media sanción en la Cámara de Alta, lo primero que dijeron fue que los senadores no se habían sentado a negociar con ellos, que los habían ignorado. También expresaron su disconformidad con la forma en que se debatió la ley en la Cámara Baja. Según ellos, *“no hubo debate, no se tuvieron en cuenta las presentaciones que hizo la industria en las Comisión de Salud”*. Es decir, tanto en la Cámara de Senadores como en la de Diputados, la industria farmacéutica encontró varias puertas cerradas.

En este sentido, el mayor mérito que puede atribuirse al Ministro González García es haber podido encolumnar a los legisladores detrás de su proyecto. Es decir, haber podido levantar los puntos de veto. El apoyo lo consiguió más a través de la negociación que de la persuasión y difusión. Esto quiere decir que la aprobación de la Ley no se decidió en términos de las virtudes de la misma sino en base a los beneficios que se podían obtener de la participación en dicho proceso decisorio. En efecto, el compromiso asumido por el Ministro de debatir el proyecto de Ley presentado por un diputado opositor, sumado a la presión que desde la Mesa de Salud se hacía sobre los legisladores y al costo que implicaba rechazar una Ley que ya contaba con el apoyo de la opinión pública, logró ganar la adhesión de casi todos los diputados. En palabras de Tobar, *“conseguimos un posicionamiento de los actores del sector y de la opinión pública tan grande que ningún diputado se animó a votar en contra (...) No hay en la historia de la Argentina, en los últimos treinta años, una política pública que registrara tanta adhesión de la gente como la política de genéricos”* (Tobar, 9/04/2003).

La magnitud del apoyo alcanzado no sólo fue revelado en el resultado de la votación sino también en la reunión de emergencia convocada por Ministerio de Salud de la Nación y La Mesa de Salud dos días antes del debate. Según explicó el Dr. Carbajales, *“el lobby (de la industria) con nosotros (los participantes de la reunión) se vio desbordado. Desde el*

punto de vista político, fue un mérito del Ministro canalizar esa presión social. Otros ministros no la supieron usar, la dilapidaron” (Carbajales, 30/04/2003).

Más allá de las virtudes de la gestión del Ministro de Salud para conseguir el apoyo que buscaba, hubo otro factor que lo benefició considerablemente y que no puede ser atribuido a su estrategia política: las jugadas equivocadas de la industria. La caída de las ventas, las deudas en dólares contraídas en el exterior para la compra de insumos, los problemas por abastecimiento con las droguerías y farmacias y el aumento de los precios, dejaron a la industria en condiciones de debilidad y aislamiento. Esto produjo que, a la hora de sentarse a negociar con el gobierno, las cámaras farmacéuticas concentraran su poder de negociación en aspectos tales como el pago de sus deudas y las exenciones impositivas para la compra de insumos. Por eso, prestaron menos atención a otros temas que habían comenzado a debatirse, por ejemplo, la utilización del medicamento por su nombre genérico. En palabras del Dr. Coronel, *“la crisis los había golpeado a todos. CILFA y CAEME fueron muy claras en sus objeciones al tema de la prescripción por nombre genérico pero éste era uno entre otros temas de los cuales tenían que ocuparse, por ejemplo, de sus deudas en dólares”* (Coronel, 7/05/2003). En efecto, la política de utilización del medicamento por su nombre genérico recién comenzó a preocuparlos cuando todos los acuerdos con el gobierno por el congelamiento de precios habían fracasado y cuando el Ministerio de Salud ya contaba con media sanción en el Senado para su proyecto de Ley. Esto significó una ventaja para el equipo de Ginés González García, que hacía ya varios meses que venía estudiando el tema y que contaba con el apoyo de buena parte de los actores del sistema de salud. Equivocadamente, la industria farmacéutica subestimó ese apoyo. Las cámaras clamaron que *“era tal el caos que nadie pensó que éste iba a ser el resultado, que la ley iba a tener las características que tuvo, que sería una ley de prescripción por nombre genérico en vez de una ley que reglamente lo que es un genérico”*.

En definitiva, los laboratorios quedaron solos en la lucha. La principal estrategia que utilizaron para expresar sus intereses y opiniones fueron las campañas mediáticas. También intentaron instalar un debate sobre lo que son los medicamentos genéricos

apoyando y organizando conferencias y presentaciones. La mayor parte de la presión se dirigió hacia los médicos, asociaciones científicas y medios. Sus argumentos siempre giraron en torno a la calidad de los medicamentos en el mercado y a los riesgos que implica autorizar la sustitución en la farmacia. Sin embargo, nada fue suficiente; el apoyo a la Ley de Utilización del Medicamento por su Nombre Genérico era masivo.

Tiempo después de que la Ley fuese aprobada, el frente único que formaban las tres cámaras (CAEME, CILFA y COOPERALA) comenzó a fragmentarse. Como vimos, desde el Programa Remediar, se empezaron a hacer licitaciones para la compra de medicamentos. Los únicos capaces de proveer al Estado con la cantidad de fármacos que éste deseaba adquirir eran los laboratorios líder, es decir, los multinacionales. Por lo tanto, gracias a las compras del Estado, las empresas farmacéuticas más grandes comenzaron a recuperar parte de las ventas perdidas durante la crisis. Dado que la condición que puso el Ministerio de Salud fue que todos los envases debían tener el nombre genérico del medicamento y no la marca comercial, algunos laboratorios -como por ejemplo Bagó- comenzaron a estimular la venta por nombre genérico (Tobar, 9/04/2003).

4. Conclusión: la combinación exitosa

Para que tenga éxito, una alternativa de política debe ser políticamente viable y, a la vez, debe poder relacionarse con algún problema público. Es decir, la probabilidad de que una política sea aprobada e implementada aumenta considerablemente si los tres elementos - un problema, una solución y un apoyo político favorable- confluyen en el momento justo (Kingdon, 1995).

En nuestro caso de análisis, el momento justo fue cuando la crisis económica alcanzó niveles inesperados producto de las improvisadas medidas que habían implementado los gobiernos que antecedieron al del Presidente Eduardo Duhalde. La coyuntura de crisis produjo cambios importantes en la agenda de gobierno pues para afrontarla se hizo necesario implementar políticas de emergencia. Es decir, se creó entonces

una oportunidad para impulsar políticas que, en otras circunstancias, hubiesen sido impensables. Como establecimos en el Capítulo II, a lo largo de la historia ha habido otras ocasiones en las que se buscó implementar cambios en las normas que rigen el mercado de medicamentos. Sin embargo, en casi ninguna de ellas se logró superar la oposición de la industria. Por lo tanto, la clave del análisis no está en el surgimiento de la oportunidad sino en la forma en que es aprovechada para amalgamar un problema, una solución y un conjunto de apoyos.

La política de utilización del medicamento por su nombre genérico fue una política de emergencia que logró transformar radicalmente las reglas de juego del mercado de fármacos. Fue una solución de corto plazo que entró en escena de la mano del Ministro de Salud, que encontró un problema público al cual relacionarse y que transformó el mercado a largo plazo. La rapidez con que se filtró en la agenda de gobierno y se tradujo en una Ley Nacional tuvo que ver con la sensación de urgencia que la crisis imprimió sobre el proceso decisorio. Las palabras de Tobar ilustran esta situación: *“Nosotros hicimos el Decreto 486 (Decreto de Emergencia Sanitaria 486/02) en una noche, redactamos la Ley (Ley N° 25.649) en un sábado, definimos toda la política en un fin de semana.*

Cuando Ginés González García llegó a la cartera de Salud, trajo consigo dos elementos muy importantes: un repertorio de soluciones y una red de apoyos. Los problemas de los que debía ocuparse lo sobrepasaban: desabastecimiento de insumos básicos para la atención hospitalaria y ambulatoria, cortes de servicios ante inmensas deudas acumuladas, interrupción de programas de salud pública, reclamos de los distintos actores del sector por tratamientos preferenciales que atenuaran sus dificultades financieras, etc. Sin embargo, sólo uno logró captar la atención de todos: la falta de acceso a los medicamentos. La visibilidad del tema en los medios creó la sensación de que aquello era el problema más urgente. Durante varios meses, diariamente aparecían noticias en los principales diarios del país que alertaban sobre las complicaciones en el mercado de medicamentos. Laboratorios, farmacias, droguerías, hospitales, consumidores, se culpaban unos a otros y reclamaban medidas de emergencia. La vía de entrada al problema terminó siendo la propuesta de la utilización del medicamento por su nombre genérico porque se

trataba de una opción que guardaba una relación directa con el abaratamiento de los costos y con el traslado de la gente desde medicamentos más caros a más baratos. Como era de esperar, no todos estuvieron de acuerdo en que esa era la solución indicada, especialmente la industria farmacéutica. Si bien el gobierno del cual González García formaba parte carecía de la legitimidad de origen necesaria como para encabezar reformas de largo alcance, el Presidente Eduardo Duhalde no dudó en apoyar una iniciativa que, de producirse los resultados esperados, le daría la legitimidad de ejercicio que buscaba.

Es decir, la coyuntura de crisis económica y sanitaria colocó el problema del acceso a los medicamentos en la agenda de gobierno y generó una disposición a la acción por parte de las autoridades políticas. A su vez, debilitó a los grupos de interés. Los médicos, los consumidores, los farmacéuticos, los trabajadores y la Seguridad Social buscaron mejorar su posición a través de la participación en la Mesa de Salud. Desde allí presionaron al gobierno para que implementara medidas de emergencia que optimizaran el acceso a los medicamentos. Desde otra posición, los laboratorios se protegieron formando un frente único entre las tres cámaras más importantes: CAEME, CILFA y COOPERALA. En forma conjunta, encabezaron campañas mediáticas, conferencias, y presentaciones en las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados en las que expresaron su opinión y propuesta de solución para el problema del acceso a los medicamentos. Desde lo privado, presionaron a varias de las asociaciones de médicos y a los medios con el objetivo de sumar adeptos a su posición. Respecto al lobby que realizaron frente a las autoridades políticas, Federico Tobar dijo lo siguiente: *“Nosotros hemos tenido muchas peleas con los laboratorios en todos los frentes. Los laboratorios, además, tienen tropa calificada. Desde el dueño del laboratorio que trata de hablar con el Ministro hasta el segundo, tercer, cuarto nivel que hablan con los secretarios, conmigo y de ahí para abajo. Además hay operadores. Ellos tienen gente que hace las negociaciones”* (Tobar, 9/04/2003).

Pese a las críticas, objeciones y presiones de la industria farmacéutica, su poder de veto pudo ser neutralizado. Dos factores explican este resultado: (1) sus jugadas equivocadas y (2) la habilidad del Ministerio para canalizar la presión de los distintos

actores del sistema de salud en beneficio suyo. El contexto de crisis económica, política, social y sanitaria explica, a su vez, cada uno de esos factores.

Respecto a las jugadas equivocadas de la industria puedo decir que se debieron a la cantidad de problemas económicos y financieros de los cuales tuvieron que ocuparse durante el primer semestre del 2002. Las deudas en dólares los preocupaban demasiado como para prestar atención a una propuesta que ya habían boicoteado en otras ocasiones y que no parecía tener demasiado futuro. Estimaban que el debate generado alrededor de la propuesta de utilización del medicamento por su nombre genérico retardaría su aprobación e implementación. También especularon con la posibilidad de que con el cambio de gobierno la política volviera atrás. Lo cierto es que no imaginaron que el apoyo que sería capaz de obtener el Ministerio bastaría como para que la Ley fuese aprobada y reglamentada. Por eso, el segundo factor que mencioné fue la habilidad del Ministerio para canalizar la presión del resto de los actores del sistema de salud. Cada uno de ellos – médicos, consumidores de fármacos, farmacéuticos, trabajadores, prestadores, aseguradores, etc.- encontró en la política alguna razón para apoyarla. De producirse los efectos esperados todos estarían en una mejor posición para acceder a los medicamentos y destinar los recursos generados a partir del ahorro en otros bienes o servicios. A esto puede sumarse la predisposición que en general muestra la opinión pública a culpar a las grandes corporaciones por las fallas del mercado y la desigualdad generada. Esta vez, los enemigos número uno fueron los laboratorios.

Amparado por el apoyo generado en la Mesa de Salud alrededor del derecho al acceso universal al medicamento y de la necesidad de implementar políticas que lo garanticen, el Ministro de Salud se lanzó a la búsqueda de apoyos políticos en el Congreso de la Nación. Tanto los Senadores como los Diputados Nacionales percibieron por un lado, el grado de apoyo que había logrado González García alrededor de su propuesta y por otro, que los beneficios políticos que se podían obtener por participar eran superiores a los costos. En consecuencia, respaldaron la política.

Por lo tanto, (a) la magnitud de la crisis económica, política y social, sumada (b) a la trayectoria y experiencia del equipo ministerial en el tema medicamentos, (c) al apoyo que obtuvieron de los actores representados en la Mesa de Salud y del resto de las autoridades políticas y (d) a las jugadas equivocadas de la industria farmacéutica, tuvieron la virtud de hacer de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico una alternativa viable y políticamente aceptable.

COMENTARIOS FINALES

Al comenzar este trabajo planteamos que la política de utilización del medicamento por su nombre genérico constituye un cambio radical de las reglas de juego del mercado de medicamentos. Al instalar la competencia por precio y eliminar la competencia por marca, exige a los laboratorios que transformen sus estrategias de comercialización. Algunos ya han comenzado a hacerlo; otros, todavía esperan que la política vuelva atrás. Nos parece pues oportuno hacer una reflexión acerca de la posibilidad de reversión de los cambios introducidos ahora que la coyuntura de crisis y emergencia sanitaria ha desaparecido.

Como establecimos en el último capítulo, el Ministerio de Salud de la Nación aprovechó el contexto de crisis económica, política y social para avanzar rápido hacia la implementación de una política pública innovadora. Es decir, este es un caso en el que circunstancias excepcionales motivaron decisiones excepcionales. En este marco, la pregunta a formular es qué sucede cuando esas circunstancias se evaporan. La relevancia de esta pregunta tiene que ver con la forma que en nuestro país se llevan adelante las “grandes reformas”. La dinámica del proceso decisorio de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico constituye una buena ilustración de ello. En situaciones donde prevalecen intereses pro *status quo*, las graves emergencias tienen el efecto de sacar al proceso decisorio de la trama de vetos que lo que conducen al inmovilismo. Así por ejemplo, los bloqueos al programa de privatización durante la administración de Raúl Alfonsín perdieron su eficacia bajo el impacto social y político de la crisis hiperinflacionaria de 1989, permitiendo al presidente Carlos Menem avanzar rápida y radicalmente en el terreno en donde su antecesor había fracasado.

Con esto quiero destacar el hecho de que en los tiempos recientes, la radicalidad ha ido de la mano de la excepcionalidad. Estimo que esta constatación tiene importantes implicaciones que pueden ser motivo de investigaciones futuras. La cuestión que queda planteada es la posibilidad de la reversión de los grandes cambios una vez que las coyunturas excepcionales han desaparecido.

A la luz de lo anterior, ¿qué riesgos existen de que las innovaciones introducidas por la política de utilización del medicamento por su nombre genérico se diluyan y, al final, se reviertan? Para toda nueva política, sus primeras etapas comportan un fuerte desafío acerca de su consolidación futura. Para contrarrestarlo, es importante que se reúnan dos importantes condiciones: primero, que quienes han sido responsables de su lanzamiento logren retener en el corto plazo el control del proceso decisorio y, segundo, que se introduzcan instituciones y/o programas paralelos que refuercen la dirección del cambio promovida por la nueva política.

Al respecto y con los elementos disponibles, entendemos que estas dos condiciones están presentes en la experiencia actual de la política que estamos examinando.

En cuanto a la primera de ellas, la continuidad de González García y su equipo de trabajo en el Ministerio da a la política la oportunidad de ser evaluada, perfeccionada y ampliada. Prueba de esto son los análisis y encuestas que está realizando el Ministerio sobre el impacto de la política (Ministerio de Salud de la Nación, 2002b; Tobar, Godoy Garranza, Monsalvo y Falbo, 2003). Pese a que desde la industria farmacéutica continúan los esfuerzos por influir en la forma de prescribir del médico y todavía se pone en duda la capacidad de la medida para producir los efectos esperados, la mayor parte de los estudios revelan que la política se está implementando. Es decir, los médicos están recetando los medicamentos por su nombre genérico, las obras sociales, prepagas y pacientes están exigiendo a los médicos que lo hagan y en las farmacias está aumentando la sustitución. Respecto al descenso de los precios, los resultados son más complejos. Desde junio de 2002, se han observado tanto incrementos como disminuciones. Sin embargo, en los 50 medicamentos más vendidos los precios no sólo no han aumentado sino que se observan disminuciones en términos nominales. A esto deben sumarse las distintas estrategias²² utilizadas por los laboratorios para aumentar el nivel de ventas que se traducen en fuertes

²² Algunos ejemplos de las distintas estrategias son los siguientes: sistemas de cupones o bonos para acceder a los medicamentos en forma gratuita, reposición del medicamento sin cargo contra entrega de un cupón sellado por el médico, descuentos de hasta el 40% para los pacientes sin cobertura de obras social o prepaga, bonificaciones de envases adicionales para las farmacias, etc. Vale la pena aclarar que muchos laboratorios exigen que para obtener cualquiera de estos beneficios, la receta debe contener el nombre comercial del medicamento en vez del nombre genérico.

disminuciones en términos reales y que profundizan los efectos sobre el gasto en medicamentos.

En cuanto a la segunda condición, se podría esperar que los cambios introducidos en el mercado de medicamentos se mantengan a largo plazo debido a la continuidad del Programa Remediar. Según explicó el Coordinador del Programa, Federico Tobar, durante los próximos años, 15 millones de personas van a utilizar los medicamentos por su nombre genérico. A través de Remediar, los fármacos llegan a la gente con su nombre genérico en vez de su marca comercial. Es decir, existe una gran cantidad de personas que se acostumbrarán a consumir y pedir medicamentos cuyos nombres responden al de sus drogas básicas y no a las estrategias de comercialización de la industria. Dado que este Programa tiene financiación garantizada por el Banco Interamericano de Desarrollo por los próximos dos años, es posible esperar que no sólo se instale definitivamente el uso del medicamento por su nombre genérico sino también que mejore el acceso de la población a los fármacos esenciales. A esto debe sumarse el cambio de actitud registrado entre los laboratorios líderes respecto de la utilización del nombre genérico. Como las licitaciones que realiza el Ministerio para la compra de medicamentos son muy atractivas, algunas empresas farmacéutica se han mostrado dispuestas a aceptar el nombre genérico para poder vender sus productos al Estado.

Por lo tanto, existen motivos para pensar que la política avanzará y transformará el mercado de medicamentos a largo plazo. Sin embargo, esto dependerá de que todos los actores –oferentes y demandantes- se beneficien de los cambios. Si efectivamente los consumidores empiezan a acceder a alternativas más baratas y de igual calidad y eficacia, si el nivel de ventas aumenta en las farmacias, si los médicos perciben que el acceso a los medicamentos mejora y que su libertad de prescripción no está siendo afectada, si los próximos gobiernos y Ministros de Salud no encuentran incentivos para volver atrás y si la industria mantiene o aumenta sus ganancias a través de la venta y promoción de medicamentos con sus nombres genéricos, es posible esperar que las nuevas reglas de juego se institucionalicen. Es decir, todos los actores del sistema de salud deberán encontrar razones para apoyar la política; de lo contrario los efectos desaparecerán pronto.

Recordemos que el uso del medicamento por su nombre genérico implica un cambio cultural y, como todo cambio cultural, necesita del compromiso de las personas y organizaciones involucradas. Ese compromiso no será fruto de las virtudes teóricas de la política sino de los incentivos que tengan para ponerla en práctica.

Para terminar, nos gustaría hacer referencia a las implicancias que tiene la aprobación de la política de utilización del medicamento por su nombre genérico para el análisis sobre la forma en que se elaboran las políticas de medicamentos en la Argentina. En este sentido, la neutralización de los intereses de la industria farmacéutica fue el factor fundamental para garantizar la puesta en marcha de la política. Tanto para su diseño como para su implementación y transformación en Ley Nacional, fue necesario contar con un conjunto de apoyos que superaran el lobby de la industria. La magnitud del apoyo del que gozó esta política es una situación para nada usual en el campo de la salud donde, históricamente, ha reinado la fragmentación y la puja distributiva. El contexto de crisis económica y política explica buena parte de la predisposición de los actores para acordar pues desestabilizó y debilitó considerablemente el poder de negociación de todos, especialmente de los laboratorios. Esto parecería indicar que para introducir reformas en el mercado de medicamentos es necesario contar con el apoyo de la mayor parte de los actores involucrados y no sólo de los “poderosos”, o sea la industria. A futuro, queda el precedente de que la coalición formada por el gobierno, los médicos, los consumidores, los farmacéuticos y las obras sociales y prepagas logró neutralizar los intereses de la industria, quien también deberá valerse de ellos si es que pretende volver atrás o impulsar nuevas medidas.

En efecto, la creencia ampliamente difundida de que en Argentina todas las políticas que intentan regular el mercado de medicamentos fracasan debería ser reemplazada por otra: en el mercado de medicamentos argentino, fracasan todas las políticas regulatorias que no están respaldadas por la articulación de una fuerte iniciativa estatal y un arco de alianzas que involucre una masa crítica de apoyos en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR VILLANUEVA, L. F., (1996). *La Hechura de las Políticas*, Miguel Ángel Porrúa, México (Colección Antologías de Políticas Públicas).
- ————— *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, Miguel Ángel Porrúa, México (Colección Antologías de Políticas Públicas).
- ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA (AMA) (2002a). *Jornada: “Medicamentos: Aportes al Debate de Genéricos”*, Buenos Aires, 5 de septiembre de 2002.
- CÁMARA ARGENTINA DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (CAEME), CENTRO INDUSTRIAL DE LABORATORIOS FARMACÉUTICOS ARGENTINOS (CILFA) y COOPERATIVA DE LABORATORIOS ARGENTINOS DE ESPECIALIDADES MEDICINALES (COOPERALA) (2002). *Ier. Congreso Argentino-Brasileño de Medicamentos Genéricos*, Buenos Aires, diciembre de 2002.
- COHEN M., MARCH, J. y OLSEN J., (1972). “A Garbage Can Model of Organizational Choice”, *Administrative Science Quarterly*, n. 17, pp. 1-25.
- ELDER C. y COBB, R., (1984). “Formación de la Agenda: El Caso de la Política de los Ancianos”. En: Aguilar Villanueva, L. F., *Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, Op. Cit, pp. 77-104.
- FOSTER, J., (1975). “Innovation in Governmental Structures: Minnesota School District Reorganization”, *American Journal of Political Science*, Vol. 19, No. 3, pp. 455-474.
- GONZÁLEZ GARCÍA, G., (1994). *Remedios Políticos para los Medicamentos*, Ediciones Isalud, Buenos Aires.
- GREENBERG, G., MILLER, J., MOHR, L. y VLADECK, B., (1977). “Developing Public Policy Theory: Perspectives from Empirical Research”, *The American Political Science Review*, Vol. 71, No. 4.
- GRILLO, O., (1990). *Las Políticas Públicas y la Industria Farmacéutica Argentina (1983-1989)*, Informe No. 2, Centro Latinoamericano para el Análisis de la Democracia, Buenos Aires.

- HECLO, H., (1978). “Las Redes de Asuntos y el poder Ejecutivo”. En: Aguilar Villanueva, L. F., *La Hechura de las Políticas Públicas*, Op. Cit, 257-284.
- INDEC (2002), “La Industria Farmacéutica en la Argentina”, Programa de Seguimiento de la Industria Farmacéutica, noviembre de 2002. Disponible en www.indec.mecon.ar.
- ISALUD (1999). “El Mercado de Medicamentos en Argentina”, *Cuadernos de la Economía Real*, No. 13, Secretaría de Industria y Comercio, M.E.C.O.N., Buenos Aires.
- KATZ, J., (ed.) (1997). *Apertura Económica y Desregulación en el Mercado de Medicamentos. La Industria Farmacéutica y Farmoquímica de Argentina, Brasil y México en los años 90*, CEPAL/IDRC y Alianza Editorial S. A., Buenos Aires.
- KEELER, J., (1993). “Opening the Window for Reform”, *Comparative Political Studies*, Vol. 25, No. 4, pp. 433-486.
- KINGDON, J. W., (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, HarperCollins College Publishers, New York, 2nd. ed.
- LOWI, T., (1964). “Políticas Públicas, Estudios de Caso y Teoría Política”. En: Aguilar Villanueva, L. F., *La Hechura de las Políticas Públicas*, Op. Cit., pp. 89-117.
- MADIES, C. y VIZZOTTI, P., (2003). “Prescripción y Dispensa de Medicamentos por Nombre Genérico. Legislación Nacional y Provincial”, Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2002a). “Política para la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico. Una Herramienta para el Acceso a la Salud”, Documento Informativo, Buenos Aires. Disponible en www.msal.gov.ar.
- ————— (2002b). “Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico. Una Política de Estado”, Documento Informativo, Buenos Aires. Disponible en www.msal.gov.ar.
- ————— (2002c). “Mesa de Diálogo Argentino”, Capítulos 1 y 2, Buenos Aires. Disponibles en www.msal.gov.ar.
- MINTROM, M., (1997). “Policy Entrepreneurs and the Diffusion of Innovation”, *The American Political Science Review*, Vol. 41, No. 3, pp. 738-770.

- MINTROM, M. y VERGARI, S., (1998). “Policy Networks and Innovation Diffusion: The Case of State Education Reforms”, *The Journal of Politics*, Vol. 60, No. 1, pp. 126-148.
- MOHR, L., (1969). “Determinants of Innovation in Organizations”, *The American Political Science Review*, Vol. 63, No. 1, pp. 111-126.
- MUCCIARONI, G., (1992). “The Garbage Can Model and the Study of Policy Making: A Critique”, *Polity*, Vol. XXIV, No. 3, pp. 465-481.
- PARSONS, W., (1995). *Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Edward Elgar, Aldershot.
- ROSE, R., (1991). *The Postmodern President. George Bush Meets the World*, Chatham House Publishers, New Jersey, 2nd. ed.
- TOBAR, F., (2002a). “Políticas para Promoción del Acceso a Medicamentos. El Caso del Programa Remediar de Argentina”, mimeo, Buenos Aires.
- TOBAR, F., (2003). “Hacia dónde va la Política de Medicamentos?”, mimeo, Buenos Aires.
- TOBAR, F. y GODOY GARRANZA, L., (2001). “Estrategias Económicas y Financiamiento del Medicamento”, *Cuadernos Médico Sociales*, No. 80, Buenos Aires, pg. 67-91.
- TOBAR, F. y GODOY GARRANZA, L., (2002). “Un Vademécum Político: Alternativas en la Formulación de Políticas de Medicamentos”, *Gestión en Salud*, No. 4, Buenos Aires.
- TOBAR, F., GODOY GARRANZA, L., MONSALVO, M. y FALBO, R., (2003). “Impacto de la Política Nacional de Medicamentos en el año 2002”. Disponible en www.isalud.org.
- TOBAR, F., VENTURA, G., MONTIEL, L. y FALBO, R., (2002). “Gasto y Financiación de los Medicamentos en Argentina”, Programa de Investigación Aplicada, ISALUD, Buenos Aires.
- URIBE, J. y SCHWAB, N., (2002). “El Sector Salud Argentino en Medio de la Crisis”, *Documento de Trabajo No. 2/02*, Buenos Aires.
- WALKER, J., (1969). “The Diffusion of Innovations among the American States”, *The American Political Science Review*, Vol. 63, No. 3, pp. 880-899.

DIARIOS

- LA NACIÓN: Ediciones de enero, febrero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre y octubre de 2002.
- CLARÍN: Ediciones de junio y agosto de 2002 y abril de 2003.

ENTREVISTAS

- CARBAJALES, Justo (Dr.), Coordinador del Grupo Operativo del Diálogo Argentino, Sanatorio Mater Dei, 30 de abril de 2003.
- CORONEL, Jorge (Dr.), Secretario de Asuntos Universitarios y Científicos, Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), 7 de mayo de 2003.
- MAITO, Miguel (Lic.), Gerente de Negociaciones Internacionales, Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), 6 de mayo de 2003.
- MERA, Jorge (Dr.), Profesor, Universidad Torcuato Di Tella, 13 de noviembre de 2002.
- RODRÍGUEZ PERÉS, Andrea, Jefa de Prensa, Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME), 14 de mayo de 2003.
- TOBAR, Federico (Lic.), Coordinador General del Programa Remediar, Ministerio de Salud de la Nación, 9 de abril de 2003.
- TOMBAZZI, José Luis (Dr.), Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario (CAPGEN), 12 de mayo de 2003.

INTERNET

- BANCO MUNDIAL: www.bancomundial.org.ar
- BOLETÍN OFICIAL: www.boletinoficial.gov.ar
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (INDEC): www.indec.mecon.ar
- ISALUD: www.isalud.org
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN: www.msal.gov.ar

