

Retos y realidades del Sistema de Salud argentino. Integración y Fragmentación en disputa durante el Tercer Peronismo (1973-1976)

**Challenges and realities of the Argentine Health System.
Integration and Fragmentation in Dispute during the Third Peronism (1973-1976)**

Resumen

El 25 de mayo de 1973 marcó una nueva etapa en nuestro país, signada por el retorno del peronismo al gobierno luego de 18 años de proscripción y tras una intensa radicalización social y política desarrollada por la Revolución Argentina durante los siete años de la dictadura de Onganía, Levingston y Lanusse entre 1966 y 1973. En ese contexto, la asunción de Héctor Cámpora a la presidencia fue vista por muchos de los actores sociales y políticos del momento como la llegada de los sectores de la izquierda peronista a espacios de poder y el puntapié inicial para encarar transformaciones de carácter radical en la sociedad. La presente propuesta tiene como objetivo generar una primera aproximación teórico-histórica a la tensión existente entre la política sanitaria del Tercer Peronismo en Argentina (1973-1976) y su relación con la industria farmacéutica. Esto se logrará mediante el análisis de la propuesta política del Frente Justicialista en el ámbito de la Salud y de dos manifiestos partidarios sobre la legislación de los medicamentos. Dichos documentos serán puestos en diálogo con la prensa de la época, disponible en la Hemeroteca Digital de la Universidad Nacional de La Plata (Diarios La Nación, La Prensa y El Argentino), y con la bibliografía teórica especializada. A partir de un enfoque teórico/metodológico que se pretende complementario de la perspectiva más extendida que caracteriza a la producción académica sobre “los setenta”, centrada fundamentalmente en los tópicos de la violencia política, la militarización de los conflictos y la lucha armada, aquí se lleva a cabo una aproximación a la experiencia de propuestas y alternativas en el campo de la salud. Así pues, interrogantes como: ¿cuáles fueron los alcances y limitaciones de una eventual industria farmacéutica nacional?, ¿cuál era el rol que se pensaba debía cumplir esta rama industrial? o ¿qué lugar ocupaba este mercado consolidado y la propaganda en la producción y distribución de sus bienes? son algunas de las cuestiones que serán abordadas en términos históricos.

Palabras clave: Tercer peronismo, Industria farmacéutica, Salud

Abstract

May 25, 1973, marked a new stage in our country, characterized by the return of Peronism to government after 18 years of proscription and following an intense social and political radicalization developed during the Argentine Revolution, which took place during the seven years of the Onganía, Levingston, and Lanusse dictatorships between 1966 and 1973. In this context, the assumption of the presidency by Héctor Cámpora was seen by many social and political actors of the time as the arrival of leftist Peronist sectors to positions of power and the initial step to undertake radical transformations in society. The present proposal aims to generate a preliminary theoretical-historical approach to the tension between the health policy of the Third Peronism in Argentina (1973-1976) and its relationship with the pharmaceutical industry. This will be achieved by analyzing the political proposal of the Justicialist Front in the health sector and two-party manifestos on drug legislation. These documents will be examined in conjunction with the press of the time, available in the Digital Newspaper Archive of the National University of La Plata (newspapers La Nación, La Prensa, and El Argentino),

and specialized theoretical literature. Using a theoretical/methodological approach intended to complement the broader perspective characterizing academic production on "the seventies," which is primarily focused on topics such as political violence, militarization of conflicts, and armed struggle, here, an approach to the experience of proposals and alternatives in the field of health is carried out. Therefore, questions such as: What were the scope and limitations of a potential national pharmaceutical industry? What role was this industrial branch thought to fulfill? or What place did this consolidated market and *propaganda* occupy in the production and distribution of its goods? are some of the issues that will be addressed in historical terms.

Keywords: Third Peronism, Pharmaceutical industry, Health

Fecha de recepción: 31 de marzo de 2024

Fecha de aceptación: 15 de julio de 2024

Retos y realidades del Sistema de Salud argentino. Integración y Fragmentación en disputa durante el Tercer Peronismo (1973-1976)

Juan Pablo Ubici*

Introducción

La industria farmacéutica, por su intrincada naturaleza económica, social y política, ha constituido históricamente un campo de estudio de relevancia ineludible para comprender los complejos entramados que configuran el sistema de salud de una nación. En el contexto argentino, su evolución ha sido testigo y protagonista de cambios significativos que reflejan no solo dinámicas internas propias del desarrollo industrial y sanitario, sino también influencias externas derivadas de fenómenos globales como la globalización y las políticas neoliberales.

El presente trabajo se sitúa en la confluencia de estas dinámicas, explorando el devenir histórico de la industria farmacéutica en Argentina desde mediados del siglo XX hasta la actualidad. Su propósito principal es abordar críticamente el proceso de transformación que ha experimentado este sector, analizando las causas, consecuencias y desafíos que han marcado su desarrollo a lo largo del tiempo.

En este contexto, los objetivos de la investigación se orientan a: 1. comprender la evolución histórica de la industria farmacéutica argentina, examinando los principales factores, tanto internos como externos, que han influenciado en el sector, tales como políticas gubernamentales, regulaciones, cambios económicos y sociales, entre otros; 2. indagar críticamente los manifiestos del FREJULI y sus propuestas para transformar el sector farmacéutico argentino, evaluando su viabilidad y repercusiones en el contexto político, económico y social de la época; y, finalmente, 3. comprender el alcance de estas propuestas en relación con las políticas públicas implementadas y su influencia en la evolución posterior del sector farmacéutico doméstico en términos de acceso a medicamentos, equidad en la salud y desarrollo económico.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se llevó a cabo una investigación de naturaleza histórica y analítica, apoyada en la consulta de fuentes primarias y secundarias. La recopilación de datos se fundamentó en el cruce entre la bibliografía especializada y el análisis de documentos gubernamentales, informes de organismos internacionales, fuentes periodísticas y los manifiestos partidarios de campaña del FREJULI para las elecciones presidenciales de 1973. En otras palabras, por un lado, el análisis histórico se basó en la reconstrucción teórica de los principales acontecimientos y políticas que han marcado la evolución de la industria farmacéutica en Argentina, contextualizando cada fase en su entorno socioeconómico y político correspondiente. Por otro lado, el análisis analítico se centró en la identificación de tendencias, patrones y relaciones causales entre los diversos factores que han influido en el desarrollo del sector.

Crónicas entre el Estado y la industria farmacéutica: la línea ERESTA-Oñativia

* Instituto de Humanidades y Ciencias Sociales (INHUS-CONICET), Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP), Argentina. Correo electrónico: ubicijuanpablo@gmail.com

El mercado farmacéutico se distingue de otros sectores por sus características específicas. En primer lugar, la demanda suele ser poco sensible a los cambios en los precios. En segundo lugar, los consumidores tienen una capacidad de decisión limitada, ya que muchos medicamentos solo están disponibles bajo prescripción médica. Por lo tanto, los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial al determinar el tratamiento que los pacientes recibirán (Bramuglia et al., 2017).

Desde finales del siglo XIX, las empresas farmacéuticas extranjeras se establecieron en el mercado local, principalmente a través de representantes como Bayer. La producción de productos biológicos, vacunas y sueros derivados de la agricultura y la ganadería comenzó a expandirse con el impulso proporcionado por la industria frigorífica. La Primera Guerra Mundial provocó cambios significativos en la economía nacional, creando las condiciones propicias para la sustitución de importaciones por la producción nacional de medicamentos, con una mayor intervención estatal (Ramacciotti y Romero, 2017).

De esta manera, el sector farmacéutico impulsó el desarrollo de una red de proveedores locales de maquinaria especializada y atrajo a profesionales graduados de universidades nacionales para cubrir las necesidades de personal técnico y profesional. “A lo largo de la década de 1940 estos recursos humanos y la tecnología se constituyeron en la masa crítica para profundizar el proceso industrializador farmacéutico” (Campins y Pfeiffer, 2011: 29).

Como explican Pfeiffer y Campins (2004), durante el período de la posguerra, se debatieron ampliamente propuestas relacionadas con la organización y financiamiento de las políticas de producción y comercialización de medicamentos, tanto a nivel nacional como internacional. El suministro adecuado de ciertos remedios, que dependían en gran medida de la importación europea, y la regulación estatal de la fabricación y los precios de venta de medicamentos, fueron preocupaciones importantes no sólo durante la primera presidencia de J. D. Perón (1946-1952), sino también durante su tiempo como vicepresidente del gobierno de facto de E. Farrell (1944-1945).

El gobierno peronista adoptó la idea de una fuerte intervención estatal en la industria farmacéutica, influenciado por las experiencias previas, especialmente durante el período de entreguerras. Se consideraba que esta industria era fundamental para las políticas de salud pública. El objetivo prioritario era garantizar el suministro local de medicamentos considerados esenciales para la salud de la población. Esto llevó a elevar el estatus de la Dirección Nacional de Salud Pública e Higiene a Secretaría y a otorgar un lugar destacado al sector farmacéutico en los planes quinquenales y en el Plan Analítico de Salud Pública de 1947. Durante los años del gobierno peronista, la producción de medicamentos estuvo sujeta a un complejo sistema de regulaciones estatales que abarcaban tanto la fabricación como la comercialización, como fue el caso de la penicilina.

Por otra parte, desde el punto de vista social, el hecho de que el 60% de la población en Argentina no pudiera acceder a los servicios de salud y medicamentos generó un intenso debate sobre cómo incentivar la inversión extranjera, mejorar la producción nacional de medicamentos y garantizar su disponibilidad a precios asequibles. El Plan Analítico de Salud Pública abordó esta problemática y reconoció la necesidad de establecer un nuevo sistema que garantizara atención médica integral gratuita para todos los habitantes del país. En el ámbito corporativo, la estrategia peronista en el sector de la salud implicaba un nuevo papel para los farmacéuticos y bioquímicos, ya que los instaba a cambiar su enfoque tradicionalmente liberal y vincular su labor al Estado a través de un modelo semisocializado. Con el fin de evitar la especulación, la

Secretaría de Salud Pública estableció una comisión en 1946 para estudiar la fijación de precios uniformes de los medicamentos y creó EMESTA (Empresa de Medicamentos del Estado Argentino). Esta entidad fue responsable de la comercialización de productos y especialidades elaborados por instituciones y fábricas estatales, garantizando precios accesibles para la población (Ramacciotti y Romero, 2017: 159-160).

Posterior a la Revolución Libertadora (1955) y al comienzo de la proscripción y resistencia del arco político peronista, el segundo momento destacable¹ recién emerge durante la presidencia de Arturo Illia (1963-1966) y su ministro de Salud, Arturo Oñativia, quien no sólo abogó por la intervención estatal sino que también aprobó y estableció regulaciones estrictas para la industria farmacéutica, convencido de que los medicamentos eran bienes de naturaleza social fundamental en un área que abogaba constantemente por la libertad de mercado y la no intervención estatal en su lógica productiva y comercial.

Las leyes 16.462 y 16.463 Nacional de Medicamentos (conocidas coloquialmente como Ley Oñativia) se promulgaron en agosto de 1964 y tuvieron un alto impacto político y social ya que regulaban la producción y tráfico de productos químicos medicinales. A tal punto llega su importancia que existe un amplio consenso historiográfico en vincular dicha legislación, entre otros factores, con la motorización del golpe de estado que instaló a Juan Carlos Onganía en el poder en 1966.

La Ley 16.462 otorgaba al Poder Ejecutivo la facultad de tomar una serie de medidas enérgicas para contener y reducir los precios de los medicamentos, según se establecía en su artículo 2. El artículo 4 generó controversia al contemplar la posibilidad de expropiar medicamentos en situaciones de emergencia sanitaria o epidemiológica. En caso de incumplimiento de estas disposiciones, el artículo 5 establecía diversas sanciones, que iban desde advertencias y multas hasta la clausura permanente de establecimientos, la inhabilitación definitiva para ejercer la actividad o profesión, y la confiscación de bienes. Las multas recaudadas no se destinaban al tesoro nacional, sino que se dirigían a un Fondo Nacional de la Salud (InfoLeg, Ley 16.462).

La Ley 16.463, por su parte, regulaba “la importación, exportación, producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización o depósito en jurisdicción nacional o con destino al comercio interprovincial de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades”, y establecía que sólo podrían ser ejecutadas previa autorización y bajo la supervisión del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. Se requería que fueran llevadas a cabo en establecimientos debidamente habilitados por dicho ministerio, bajo la dirección técnica de un profesional universitario registrado en él. Estos establecimientos debían cumplir con normativas y condiciones reglamentadas para asegurar características técnicas que salvaguarden la salud pública y que estén al alcance de los consumidores (InfoLeg, Ley 16.463).

Tras las persistentes presiones de las compañías farmacéuticas y de organismos internacionales como el Club de París, y después del derrocamiento del presidente Illia en 1966, la primera etapa de la dictadura militar encabezada por Juan Carlos Onganía (1966-1970) implementó medidas con un enfoque tecnocrático eficientista. Estas medidas estaban orientadas

¹ La relación entre ambos momentos sobre intervención estatal es meramente teórica, ya que durante los años de proscripción del peronismo se obviaba toda referencia a dicho período.

hacia la modernización estructural del Estado. Entre ellas sancionó una ley que tuvo como fin “una paulatina liberalización de la industria farmacéutica” (Veronelli y Veronelli Correch, 2004: 617).

En suma, “estas políticas públicas espasmódicas propiciaron el terreno para que en los años 70 las políticas de desregulación, concentración, centralización y transnacionalización de la economía argentina afectaran sensiblemente el mercado de producción y comercialización de medicamentos” (Ramacciotti y Romero, 2017: 164).

¿Dependencia o soberanía? La propuesta del FREJULI en el campo de la salud

El 25 de mayo de 1973 marcó un punto de inflexión en Argentina, con el retorno del peronismo al poder después de 18 años de proscripción y en medio de una intensa radicalización social y política durante los siete años de la dictadura de Onganía, Levingston y Lanusse. En este contexto, la asunción de Héctor Cámpora a la presidencia fue vista por muchos como la entrada de los sectores de la izquierda peronista al poder y el inicio de transformaciones radicales en la sociedad. La Tendencia Revolucionaria del Peronismo desempeñó un papel destacado en los meses previos, durante la reorganización partidaria y la campaña electoral del verano de 1973. Después de la victoria del Frente Justicialista de Liberación (FREJULI) el 11 de marzo², muchos de sus militantes se incorporaron a los futuros cargos gubernamentales, tanto a nivel nacional como provincial. (Novaro, 2010).

En ese marco, el Tercer Peronismo (1973-1976) representó un intento de establecer una síntesis entre la Tendencia o izquierda peronista (que, en realidad, implicaba una multiplicidad de organizaciones eclipsadas por la consolidación de Montoneros) y la “vieja guardia” del sindicalismo tradicional; además de un proceso de relegitimación en la sociedad en general. Aunque la apertura parcial de la proscripción no permitió que Perón se postulara como candidato presidencial en las elecciones generales del 11 de marzo de 1973, sí posibilitó la formación del FREJULI, liderado por el delegado personal de Perón, Héctor J. Cámpora, y Vicente Solano Lima del conservadurismo popular (Ruffini, 2017).

Cuando Lanusse dejó la presidencia de facto en 1973, ya estaban establecidas todas las instituciones que conformaban la estructura sanitaria institucional sobre la cual la incipiente democracia debía operar. Esta estructura consistía en un sistema de salud fragmentado, donde se superponían de manera confusa la asistencia proporcionada por instituciones públicas, principalmente dirigidas a los más desfavorecidos, y un sistema de seguro obligatorio recientemente generalizado, construido sobre el modelo fragmentado existente. Además, este nuevo sistema introducía una división adicional basada en la edad o el estatus laboral, al separar a los trabajadores activos de los pasivos.

En este contexto, al asumir la presidencia electa Héctor Cámpora, designó a José López Rega como Ministro de Bienestar Social y a Domingo Liotta como Secretario de Salud Pública. Sin embargo, en julio, Perón insistió en que Cámpora renunciara a la presidencia. Se llegó a un acuerdo para que, mientras se convocaban nuevas elecciones, Raúl Lastiri, presidente de la Cámara de Diputados y yerno de López Rega, asumiera el cargo de presidente interino (Veronelli y Veronelli Correch, 2004).

² El FREJULI obtuvo el 49,6% de los votos seguido por la fórmula Ricardo Balbín- Eduardo Gammond de la Unión Cívica Radical (UCR) con el 21,26 %, quienes desistieron de presentarse al ballotage. Los resultados electorales dieron al FREJULI la mayoría en el Congreso y el triunfo en casi todos los distritos del país.

Previamente, con el horizonte puesto en las elecciones en marzo de 1973, el programa político del Frente Justicialista dedicó un amplio espacio al ámbito de la salud pública con grandes semejanzas a la experiencia vivida a mediados del siglo XX. Así lo expresa el artículo publicado en el Boletín de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA) de febrero de 1973 en el que se exponen los lineamientos en materia de salud de distintas plataformas electorales.

Particularmente, el FREJULI enunciaba una serie de medidas políticas tendientes a restablecer al Estado como principal responsable de la salud de la población, siguiendo los lineamientos del Plan Carrillo durante el Primer Plan Quinquenal de 1945. Entre otras cuestiones, se destaca la derogación de la Ley 19.337 de Descentralización Hospitalaria y la creación de un Servicio Único Nacional de Salud (en adelante SUNS), en detrimento del Instituto Nacional de Obras Sociales y del Sector Privado, para centralizar el manejo financiero del sector. La creación del SUNS estaba pensada como un “responsable de la conducción, planificación y administración de las acciones de salud, con alto grado de descentralización y un máximo control popular en todos los niveles de decisión” (Confederación Médica, 1973: 32).

En efecto, las propuestas para el sector salud durante la campaña lograron cierta institucionalización con la formulación del Plan Trienal y del Pacto Social, durante el breve mandato de Perón hasta su muerte (12 de octubre de 1973 - 1 de julio de 1974). Es fundamental tener en cuenta que estas iniciativas ambiciosas, que proponían reestructurar la totalidad del funcionamiento de la economía argentina, fueron llevadas a cabo, fundamentalmente, por el ministro de Economía José Ber Gelbard, y buscaban una alianza estratégica entre el Estado, los sindicatos y los empresarios nacionales. El Plan Trienal para la reconstrucción y liberación nacional (1974-1977) y el Pacto Social representaban un esfuerzo concertado por establecer una economía más equilibrada, promoviendo la cooperación entre los sectores productivos y el gobierno. De hecho, a pesar de la breve y peculiar etapa política de Cámpora, su administración económica, bajo la dirección de Gelbard, mantuvo una línea de continuidad que se extendió desde la asunción de Cámpora hasta octubre de 1974. Esta continuidad se vio reflejada en políticas que intentaban integrar los intereses de diversos actores sociales en un marco de desarrollo inclusivo y nacionalista (Novaro, 2010).

El panorama inicial que detalla el Plan sobre el área de salud resulta esclarecedor. El mismo sostenía que desde 1955, se observaba una delegación progresiva de la responsabilidad estatal hacia grupos comunitarios, lo que redujo la acción directa del Estado en el sector salud. Esta tendencia es atribuida a varias políticas que desincentivaron una intervención estatal robusta, resultando en una respuesta insuficiente a las necesidades de la población. Los indicadores de salud reflejan esta situación alarmante. La tasa de mortalidad infantil, por ejemplo, alcanzó 63,7 por mil en 1971, lo que implicaba un indicador preocupante de la calidad del sistema de salud. Además, las enfermedades sociales, como la tuberculosis, Chagas-Mazza, enfermedades venéreas y disenterías, presentaron altas tasas de incidencia, especialmente en regiones vulnerables como el Noroeste, Noreste, Patagonia y áreas urbanas marginales.

A esto se sumaba una disminución significativa en términos relativos de los gastos en salud pública provenientes del presupuesto nacional, exacerbando el deterioro del sistema sanitario. La estratificación de la cobertura de salud en tres grupos—pudientes, asalariados cubiertos por obras sociales, e indigentes—resultó en una asistencia médica diferenciada y desigual. La falta de planificación y coordinación entre los subsectores de salud (oficial, obras sociales y privados) condujo a una distribución inequitativa de recursos humanos y servicios. Esta

planificación deficiente favoreció a las regiones económicamente más desarrolladas, dejando amplias zonas del país prácticamente sin cobertura adecuada. Además, la carencia de personal de salud, como enfermeras y técnicos, agravó la situación (Plan Trienal, 1973).

Frente a este panorama, el Estado decidió intervenir con el objetivo de garantizar la salud de la población, particularmente de los sectores de menores ingresos. La estrategia central fue la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), bajo los principios de justicia social y accesibilidad. Este sistema buscaba actuar como garante y cogestor del sector salud, asegurando un crecimiento ordenado mediante una planificación racional y factible. Las provincias se incorporarían voluntariamente al SNIS, con una implementación progresiva por áreas programáticas prioritarias como el Noroeste, Noreste y Patagonia. Inicialmente, se integrarían los servicios oficiales de salud, con flexibilidad en la organización y financiación para adaptarse a las experiencias y necesidades sociales cambiantes.

El SNIS también promovía la integración voluntaria de las obras sociales, hospitales de la comunidad y el sector privado, basándose en los esfuerzos solidarios de organizaciones populares y trabajadores. Además, se proponía la creación de una Carrera Sanitaria Nacional para garantizar la formación técnica de los trabajadores de la salud y satisfacer sus inquietudes científicas y sociales. Para eliminar barreras económicas, se preveía la supresión de aportes de jubilados y pensionados, así como la reducción o eliminación de coseguros para prestaciones de alta complejidad y servicios cotidianos, aliviando así el esfuerzo económico para la población. Otro aspecto clave del SNIS era su rol en la industrialización y comercialización de medicamentos, buscando abaratar costos y mejorar el acceso. Simultáneamente, se proponían programas y proyectos para atender problemas sanitarios urgentes, como la reformulación de la asistencia materno-infantil, atención médica rural, inmunizaciones masivas, lucha contra enfermedades sociales, asistencia alimentaria, saneamiento ambiental y mejora de infraestructura sanitaria. Estos programas se complementarían con la formación de recursos humanos especializados para el sector salud (Plan Trienal, 1973).

Es decir, la concepción que primaba, al menos desde el punto de vista programático, era reemplazar la medicina liberal-cientificista, cuya ideología ponía énfasis en el lucro con las prestaciones de salud, por un Sistema de Salud al servicio del pueblo, asegurando el acceso a ella de manera gratuita e igualitaria y financiada enteramente a través de las rentas del Estado. Es en este marco que se proponían medidas “que signifiquen la ruptura de los lazos de dependencia y una auténtica autonomía nacional, basada en la efectiva participación de las mayorías populares en el poder” (Confederación Médica, 1973: 33). En efecto, la propuesta de Liotta fue muy importante ya que, rememorando la experiencia del primer peronismo, acompañó una tendencia internacional de construir sistemas de salud integrados (como, por ejemplo, en el Reino Unido y Brasil) y fue apoyado por equipos de sanitaristas reconocidos.

El anhelado programa de salud universal enfrentaba una marcada tensión con la histórica fragmentación del sector, dividido entre el sector público, las obras sociales sindicales (OSS) y el creciente subsector privado de medicina prepaga. Para abordar esta problemática, se proponía una política de acción directa, con una ejecución no superior a cien días, destinada a reconfigurar el sistema y desarticular la libre empresa en relación con las acciones de salud. Mientras se lograba la absorción estatal de la totalidad de los recursos de las OSS y del subsector privado, el Sistema Único Nacional de Salud (SUNS) actuaría como ente coordinador, permitiendo únicamente convenios con entidades privadas que garantizaran el uso de los recursos en beneficio de la población general. Sin embargo, esta integración de fondos estatales y de las obras sociales encontró una fuerte oposición por parte del Ministro López Rega, José

Rucci y corporaciones empresariales como la propia COMRA, quienes argumentaban que esta medida era estatizante y disminuía el protagonismo de las obras sociales sindicales.³

Con respecto a la industria farmacéutica, los lineamientos tampoco se presentaban muy auspiciosos para los negocios privados y capitales extranjeros. Esencialmente, se pretendía promulgar una Ley de Medicamentos que contemplara el análisis de las cualidades farmacológicas, los costos de producción, el control de propaganda como “instrumento principal que permite imponer un producto en el mercado y mantener un alto nivel de venta” (Manifiesto II, 1973: 1), y un régimen de comercialización y expendio, tomando como parámetro la Ley de Medicamentos del Equipo Oñativia de 1964. Para ello, las acciones inmediatas consistían en el congelamiento del precio de los medicamentos, la estimulación de la producción de medicamentos de los entes estatales (fundamentalmente, en las FF.AA. y los hospitales) y la conformación de un Vademecun Único⁴ a ser utilizado por el SUNS.

Los dos manifiestos programáticos del año 1973, si bien no tienen autoría específica, dialogan en la misma dirección. Allí se señala que la industria farmacéutica, con el objeto de expandir su mercado, postuló a ultranza las teorías del libre mercado. Las iniciativas para su reforma e intervenciones mencionadas se sustentaban en que no implicaba un rubro comparable a otras ramas industriales “por cuanto es el médico quien decide el medicamento a adquirir de manera que el paciente no tiene alternativas para elegir por el medicamento de menor costo” (Manifiesto I, 1973: 1). Entre otros factores, la guerra propagandística competitiva, la creación innecesaria de nuevos productos, la enorme cantidad de especialidades medicinales y la existencia de patentes determinaban el elevado costo y la dependencia económica ya que “el 60% del mercado de especialidades se encuentra en manos del 10% de los laboratorios (35) mientras que la producción y venta de drogas está en manos de no más de 20 laboratorio muchos de los cuales son extranjeros” (Manifiesto I, 1973: 2).

Cuadro 1: Fabricación de medicamentos de uso humano y productos farmacéuticos (1963-1993)

Año	Establecimientos	Ocupados	Valor agregado a precios constantes de 2003
1963	358	17.675	1.477.023.257
1973	351	25.058	1.907.506.725
1984	384	20.687	1.423.294.053
1993	255	17.005	2.247.550.572

Fuente: Elaboración propia en base a datos suministrados por los censos industriales.

Cuadro 2: Participación relativa de los 10 mayores laboratorios en la venta de medicamentos en Argentina, 1969

³ Si bien COMRA apoyaba la convergencia de cada prestador de salud (público-estatal, sindical y privado) hacia un sistema único, exigía una conducción co-participada con participación de los tres sectores mencionados (COMRA, 1973).

⁴ Actualmente, el Vademecum Nacional de Medicamentos (VNM) es una fuente oficial de actualización permanente, en la que se publican todos los medicamentos actualmente comercializados en la República Argentina y donde el usuario puede consultar el precio sugerido, entre otros datos de interés.

Laboratorio Farmacéutico	País de origen	Participación relativa (%)
Roche S. A.	Suiza	4.3
Lepetit Argentina	EE. UU.	2.8
Roemmers S. A.	Argentina	2.8
Pfizer Argentina	EE. UU.	2.6
Química Argentina S. A.	Argentina	2.5
Squibb & Sons Argentina	EE. UU.	2.5
Abbot Argentina	EE. UU.	2.3
Laboratorios Bagó	Argentina	2.1
G. H. Boehringer	Alemania	2.1
Gerardo Ramón	Argentina	1.9

Fuente: Katz (1981: 49).

Los Cuadros 1 y 2 detallan la naturaleza del sector farmacéutico hacia los años analizados. Mientras que el primero de ellos refleja la creciente importancia e incidencia que tenía el rubro en la economía doméstica en base a los censos industriales del INDEC, al menos, hasta la llegada de la última dictadura militar (1976-1983); el segundo coincide con el diagnóstico realizado por los manifiestos del FREJULI. Tan sólo basta con tomar los 10 mayores laboratorios y observar que su participación relativa en la venta de medicamentos superaba el 25% de las ventas totales.

En este panorama, estimular reformas estructurales y legislativas que retomaran el camino iniciado por la línea ERESTA-Oñativia resultaba complejo. Las propuestas eran por demás ambiciosas y caracterizadas por la influencia de la “juventud maravillosa” dentro del Camporismo que anhelaba una reestructuración social y económica desde las bases. Sin embargo, a la especificidad oligopólica y fuerza de choque de la industria farmacéutica, debía añadirse la alta violencia política e inestabilidad institucional vivida durante el otoño democrático de 1973-1976. La salida de Gelbard del ministerio de Economía en octubre de 1974 se puede entender en el contexto de los cambios en la alianza gobernante que ocurrieron tras la muerte de Perón. Estos cambios alteraron el equilibrio de poder y la dirección de las políticas económicas, marcando un punto de inflexión en la implementación de los proyectos de Gelbard. Su gestión, sin embargo, dejó una marca significativa en la economía argentina, destacándose por sus esfuerzos en promover la industria nacional y la justicia social (con un lugar central de la salud y la educación) a través de políticas económicas integradoras (Novaro, 2010).

Finalmente, la etapa vivida en estos años resultó ser el último gran intento de recuperar el tejido social entre los distintos actores sociales involucrados en diversos campos del sector productivo y social, incluida la salud. Una serie de eventos políticos y económicos (el

Rodrigazo y el autoproclamado Proceso de Reorganización Nacional) torcieron este rumbo e, incluso, sentaron las bases para que durante los años '90 se produjera una profunda reforma del Estado que acentuó exponencialmente el proceso de concentración de la cantidad de laboratorios farmacéuticos en el mercado local [Ver Cuadro 1].

Aproximaciones finales: evolución y desafíos de la Industria Farmacéutica Nacional en la actualidad

La conflictividad del período entre 1973 y 1976, aunque dificultó tanto la sanción como la implementación de políticas programáticas, ha opacado la memoria de un proceso que, aunque limitado en su realización, introdujo aspectos conceptuales relevantes en la organización sanitaria del país. Este proceso planteó la creación de un sistema nacional con un fuerte papel del Estado y cobertura universal, integrando progresivamente a los diversos subsectores en un esfuerzo por superar las deficiencias del sistema sanitario de la primera mitad de la década de 1970.

El intenso período político que comenzó en marzo de 1973 parecía implicar uno de los últimos esfuerzos del Estado por garantizar la equidad en la salud en términos públicos y sociales, representado principalmente por el Sistema Único de Salud. Durante el mandato del Dr. Liotta como Secretario de la Salud Pública, se presentó al Congreso de la Nación un proyecto de ley difundido inicialmente en el Plan Trienal y denominado Sistema Integrado de Salud (SINS). Aunque contaba con el apoyo gremial afiliado al partido, la ley aprobada en septiembre de 1974 eximía a las Obras Sociales de cualquier obligación, dejando abierta la posibilidad de una incorporación voluntaria. Aunque el proyecto ejecutivo, en gran medida recortado por diversos actores sociales, se implementó en algunas provincias (Chaco y San Luis) que se unieron al sistema, y otras (Río Negro, La Pampa) desarrollaron sistemas provinciales similares. Sin embargo, la resistencia de las corporaciones profesionales y el sector privado concentró sus reclamos a nivel nacional en una cuota de participación en el sistema sin ser absorbidos. Finalmente, la dictadura militar que tomó el control del país en marzo de 1976 interrumpió, entre otras cosas, los avances logrados en la búsqueda de un sistema de salud integrado (Rovere, 2004).

La década de los ochenta estuvo marcada por los efectos tanto de la turbulencia internacional como de los problemas locales heredados de la década anterior. La crisis del petróleo, la desaceleración del crecimiento económico a nivel mundial y el problema de la deuda en la región señalaron el fin de una era y el inicio de lo que se conoce como la era de la globalización. A nivel local, los años setenta dejaron a su paso los efectos de la apertura económica impulsada por la dictadura militar y la inseguridad generada por el terrorismo, lo que afectó la inversión productiva (Campins y Pfeiffer, 2009).

En la década de los noventa, la política de salud de este período se basó en la concepción de la salud como mercancía a la par que se iniciaba una fuerte política de desregulación orientada por los organismos internacionales y privatización en todas las actividades económicas, incluida la industria farmacéutica. Esta política de reducción drástica de aranceles causó la destrucción de la industria productora de medicamentos e insumos farmacéuticos y se acentuó el proceso de concentración de los grandes laboratorios nacionales de origen privado. En efecto, comenzó con una clara predominancia de los laboratorios nacionales sobre los

extranjeros. Durante el trienio 1991-1994, los laboratorios nacionales representaban el 60% de las ventas en el mercado.⁵

Entre los primeros diez puestos, se ubicaban siete laboratorios argentinos que detentaban la cuarta parte de las ventas totales: Roemmers, Bagó, Sidus, Montpellier, Beta, Gador y Temis Lostaló. Sin embargo, hacia fines del milenio, el peso de las importaciones de productos terminados agudizó el carácter deficitario de esta industria y, junto con la compra de laboratorios argentinos por firmas extranjeras fueron achicando la participación de los laboratorios nacionales en el mercado interno. Con ello, se revirtió el control del mercado doméstico por los laboratorios nacionales que había sido uno de los éxitos de la industria farmacéutica local de las últimas décadas del siglo XX; quebrándose definitivamente el modelo sustitutivo de importaciones (Campins y Pfeiffer, 2009: 115).

La crisis del 2001 abrió un nuevo período en la Historia Argentina en el que el sector farmacéutico no quedó exento, pero en el que aún hoy la producción estatal representa alrededor del 15% de la industria farmacéutica total, siendo ésta un típico oligopolio formado por grandes empresas nacionales y multinacionales altamente dinámicas. “El conjunto de laboratorios públicos está formado por 37 unidades de producción de medicamentos y vacunas y 10 farmacias hospitalarias de distintas jurisdicciones en conjunto” (Bramuglia *et al*, 2012: 13).

Si bien la aprobación de la Ley 26.688/2011 de Investigación y Producción Pública de Medicamentos como bienes sociales y la Ley 26.688/2014 de Producción Pública de Medicamentos (Bramuglia *et al*, 2012; Ramacciotti y Romero, 2017) abre un *Tercer Momento* (en la línea EMESTA - Oñativia) con nuevas posibilidades y variados interrogantes para superar las limitaciones institucionales y estructurales del sector, lo cierto es que las dificultades existentes siguen siendo iguales o superiores a los desafíos planteados por la plataforma electoral del FREJULI de 1973.

Como sintetiza la obra de Bramuglia *et al* (2017), la industria farmacéutica en Argentina es sumamente compleja debido a la diversidad de actores involucrados: empresas productoras, laboratorios, distribuidoras, profesionales médicos, entidades financieras y proveedores de servicios de salud. En este contexto, las particularidades del sistema de salud fragmentado argentino también influyen en la manera y las posibilidades de llevar a cabo una intervención efectiva para alcanzar sus objetivos.

El rol del Estado en este panorama es extremadamente complejo pero, al mismo tiempo, es claro en términos de su necesidad imperativa de intervenir para garantizar el acceso de todos los habitantes a los servicios de salud y medicamentos. Esto se logra a través de dos pilares fundamentales: en primer lugar, fortaleciendo la producción estatal de medicamentos mediante diversas estrategias de financiamiento (producción directa, adquisición para uso en hospitales públicos, fortalecimiento de programas de investigación y desarrollo, o descuentos a través de programas sociales); y en segundo lugar, garantizando las condiciones necesarias para la inversión privada, tanto doméstica como extranjera, dentro de un marco legislativo y regulatorio claro que busque armonizar los intereses de lucro razonable de los actores involucrados con la cobertura de una demanda que se ve obligada a acceder a un mercado inelástico inherente a su naturaleza constitutiva.

⁵ Cabe aclarar que la nacionalidad de las empresas es una cuestión difícil de analizar en tanto las firmas pueden tener paquetes accionarios compartidos por grupos empresarios de diferentes nacionalidades, cuya participación además se modifica a través del tiempo.

Es evidente que el grado de internacionalización de la industria farmacéutica y la creciente dependencia de importaciones de insumos para la producción de medicamentos, vacunas y accesorios en Argentina son argumentos significativos para que el Estado coordine las actividades relacionadas con la salud, las financie y provea medicamentos y servicios al sistema público de salud, tal como se planteaba en 1973. Surge entonces la pregunta de cómo preservar el conocimiento acumulado que el Estado argentino ha desarrollado y adquirido en este ámbito. Se plantean interrogantes más profundos y socialmente significativos sobre la valoración que se le asignará al Estado en el diseño de políticas de salud, y si habrá continuidad en la concepción de la salud de la población en su conjunto como una responsabilidad ineludible del Estado.

Bibliografía

Azpiazu, D. (Comp.) (1999): *La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo. Las industrias láctea, farmacéutica y automotriz*, Norma/FLACSO, Buenos Aires.

Bramuglia, Cristina *et al.* (2012): “Análisis de la industria farmacéutica estatal en Argentina.” *Documentos de Jóvenes Investigadores no. 34*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Bramuglia, Cristina. *et al.* (2017): “Industria farmacéutica en la Argentina. Avances biotecnológicos recientes”. *Revista Realidad económica*, N° 307, pp. 124-152.

Campins, Mónica y Pfeiffer, Ana Teresa (2011): “La importancia de las redes sociales en los orígenes de la industria farmacéutica argentina. El caso de los catalanes en Argentina”, *Revista de Historia Industrial*, N° 47. Año XX, pp. 17-50.

Campins, Mónica y Pfeiffer, Ana Teresa (2009): “Algunas causas que explican la estrategia hacia la conglomeración empresarial en Argentina. El caso del grupo SIDUS”, *Anuario CEEED*, N° 1, Año 1, pp. 107-134.

Katz, Jorge (1981): “Estadios de desarrollo e industria químico-farmacéutica”, *Desarrollo Económico*, Vol. 21, N° 83, pp. 291-320.

Novaro, Marcos (2010): *Historia de la Argentina, 1955-2010, Siglo Veintiuno*, Buenos Aires.

Tortti, María Cristina (1999): “Protesta social y la nueva izquierda en la Argentina del Gran Acuerdo Nacional”, en Alfredo Pucciarelli (comp.), *La primacía de la política. Lanusse, Perón y la nueva izquierda en tiempos del Gran Acuerdo Nacional*, EUDEBA, Buenos Aires, pp. 135-160.

Pfeiffer, Ana Teresa y Campins, Mónica (2004): “La producción de medicamentos durante el peronismo y el conflicto con los laboratorios Massone. ¿Problema tecnológico o político?”, *Ciclos*, Año XIV, Vol. XIV, N° 27, pp. 123-151.

Ramacciotti, Karina y Romero, Lucía (2017): “La regulación de medicamentos en Argentina (1946-2014)”, *Revista CTS*, N° 35, Vol. 12, pp. 153-174.

Rovere, Marcelo (2004): “La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto”, *La Esquina del Sur* [En línea]. Disponible en: <https://elagoraasociacioncivil.files.wordpress.com/2013/09/la-salud-en-la-argentina-alianzas-y-conflictos-en-la-construccic3b3n-de-un-sistema-injusto.pdf>

Ruffini, Martha (2017): “El regreso del peronismo al poder. Memoria y Política en el norte de la Patagonia (1973-1976)”, *Revista Pilquen Sección Ciencias Sociales*, Vol. 20, N° 4, pp. 96-109.

Veronelli, Juan Carlos y Veronelli Correch, Magalí (2004). *Los Orígenes Institucionales de La Salud Pública En Argentina*, OPS, Buenos Aires.

Fuentes:

Censo Nacional Económico 1964 INDEC (1965).

Censo Nacional Económico 1974 INDEC (1975).

Censo Nacional Económico 1985 INDEC (1989).

Censo Nacional Económico 1994 INDEC (1998).

Confederación Médica de la República Argentina (1973a): “La salud y las plataformas electorales”, Boletín N°4, Vol. 73 [En línea]. Consultado en noviembre 2023. Disponible en: [Boletín: La salud y las plataformas electorales - Atom](#)

Confederación Médica de la República Argentina (1973b). “Pautas para la formulación de una política de salud” [En línea]. Consultado en julio 2024. Disponible en: [Confederación Médica - Atom](#)

Ley 16.462. Honorable Congreso De La Nación Argentina, N° 20488 (1964) [En línea]. Consultado en noviembre 2023. Disponible en línea en [Información Legislativa](#).

Ley 16.463. Honorable Congreso De La Nación Argentina, N° 20488 (1964) [En línea]. Consultado en noviembre 2023. Disponible en línea en [Información Legislativa](#).

Manifiesto I (1973): “Medidas de coyuntura inmediata sobre medicamentos” [En línea]. Consultado en noviembre 2023. Disponible en: [http://isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Fondo-Mario-Testa/Materiales-de-difusi%C3%B3n-pol%C3%ADtica-\(1970-1975\)/Medidas-de-coyuntura-inmediata-sobre-medicamentos/](http://isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Fondo-Mario-Testa/Materiales-de-difusi%C3%B3n-pol%C3%ADtica-(1970-1975)/Medidas-de-coyuntura-inmediata-sobre-medicamentos/)

Manifiesto II (1973): “Medicamentos: dependencia o liberación” [En línea]. Consultado en noviembre 2023. Disponible en: <https://atom.cedops.isco.unla.edu.ar/index.php/medicamentos-dependencia-o-liberacion-2>

Plan Trienal para la reconstrucción y liberación nacional (1973): República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Consultado en julio 2024. Disponible en: [Plan trienal para la reconstrucción y la liberación nacional 1974-1977](#)