

# Producción Pública de Medicamentos

## Relación entre instrumentos y objetivos de política



Por Gastón Palópoli

Lic. en Economía (UBA)

Mag. Farmacopolíticas (ISALUD)

Analista de la Dirección de Economía de la Salud (MSal)

Miembro de AES

**Directora: Mag. Sonia Tarragona**

**Comité Evaluador**

**Dr. Ginés Gonzalez García (ISALUD)**

**Mag. Catalina de la Puente (ISALUD)**

**Mag. Maria Teresa Manzolido (ISALUD)**

El presente artículo fue elaborado a partir del documento de tesis "Identificación y análisis de los objetivos de política perseguidos en la definición de la orientación productiva de los laboratorios de producción pública de medicamentos en Argentina". El documento completo se encuentra en la Biblioteca de la Universidad Isalud.

El autor agradece los comentarios realizados por Sonia Tarragona, directora de dicha tesis

### 1. Introducción

El estudio de la relación entre instrumentos y objetivos de política ha formado parte de la agenda de investigación de las ciencias sociales de las últimas décadas, en particular a raíz de la publicación realizada en 1952 de *On the theory of economic policy* de Jan Tinbergen, quien estudió el proceso de selección de instrumentos frente a condiciones "ideales" entre las cuales suponía por ejemplo certidumbre respecto del efecto que produciría el empleo de cada instrumento. Una de las conclusiones del modelo de Tinbergen ha sido que sólo se necesita contar con un instrumento por cada objetivo de política perseguido, a partir de lo cual propuso la existencia de una relación óptima entre instrumentos y objetivos del tipo 1:1 (Tinbergen, 1952).

Sin embargo al simplificar el mundo que enfrentaba el decisor, el análisis de Tinbergen presentaba restricciones para comprender de manera cabal la relación entre instrumentos y objetivos, lo cual motivó la aparición de una serie de desarrollos teóricos que relajaron los supuestos adoptados por Tinbergen dando entidad al estudio del contexto en el cual las decisiones son adoptadas, así como a la interacción entre instrumentos y actores. (Brainard, 1967; Preston, 1974; Bressers, 1998; Howlett, 2004; del Río, 2010 y 2013).

De esta manera, los desarrollos que sucedieron a Tinbergen se alejaron de la regla de optimalidad del 1:1 e introdujeron criterios de relatividad en la selección de los instrumentos, donde inclusive comenzó a considerarse el empleo de canastas de instrumentos, cuya conformación dependería del grado de complejidad del escenario de decisión. Howlett reconoció dos tipos de restricciones que afectan al proceso de selección de instrumentos: internas (interacción entre los instrumentos) y externas (aspectos sociales, políticos y económicos) las cuales

deben ser consideradas en el diseño de la canasta de instrumentos (Howlett, 2004). Por su parte y en consonancia con dicha idea, del Río introdujo dos dimensiones relevantes para el diseño de la canasta de instrumentos: la horizontal (que involucra diferentes tipos de instrumentos, políticas y gobiernos) y la vertical (que involucra diferentes niveles de gobierno, que pueden diferir en sus objetivos), donde la principal diferencia entre ambas dimensiones se asocia con los mecanismos que pueden ser empleados para resolver los conflictos potenciales que puedan suscitarse entre los instrumentos y objetivos de política, donde en la dimensión horizontal, la solución generalmente proviene del plano técnico mientras que en la dimensión vertical, algunos conflictos pueden requerir soluciones de tipo políticas (del Río, 2013).

Paralelamente, Bressers estudió la forma en que los procesos de selección de instrumentos son influenciados por las características de las redes<sup>1</sup> de actores relacionados con el problema a resolver. En este caso, su interés no ha sido el de encontrar una relación de optimalidad entre instrumentos y objetivos, sino ofrecer elementos que permitan explicar por qué en la actualidad son elegidos ciertos instrumentos, sean efectivos o no, para lo cual consideró fundamental comprender el papel que juegan las redes y su poder de cohesión ante los decisores (Bressers, 1998).

## 2. Objetivos

En dicho marco, se implementó un proceso de investigación destinado a identificar y analizar los objetivos de política que son perseguidos al momento de definir la orientación productiva de los Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos (LPPM)<sup>2</sup> en Argentina. De esta

- 1 Bressers define a una red como un sistema social en el cual los actores desarrollan patrones de interacción y comunicación durables dirigidos a un problema de política o un programa de política. (Bressers, 1998)
- 2 En el marco del presente estudio, se adoptó como definición de Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos al conjunto de instituciones que siendo de dependencia estatal (en un 100% o con participación estatal mayoritaria) cuentan con capacidad de producción de medicamentos en gran escala, o escala industrial.

manera, se estudió la relación entre la Producción Pública de Medicamentos, entendida como un instrumento de política, y los objetivos asociados.

Se implementó un estudio de casos a partir de una muestra no probabilística de 12 LPPM<sup>3</sup> provenientes de distintas provincias de Argentina, sobre los cuales se aplicó una encuesta dirigida al personal jerárquico. El cuadro 1 presenta el listado de laboratorios relevados.

## 3. Resultados

Como producto de las respuestas obtenidas se han podido identificar nueve (9) objetivos de política diferentes que estarían siendo considerados por el conjunto de laboratorios encuestados al momento de definir sus líneas productivas (cuadro 2).

En términos generales se destaca el hecho de haber obtenido respuestas coincidentes, lo cual permite presuponer la existencia de cierto grado de alineación entre los objetivos perseguidos por los LPPM y por ende de las problemáticas sanitarias enfrentadas. Ello en parte se explica al analizar la historia reciente de surgimiento y desarrollo de los LPPM en Argentina, sobre todo a partir de los sucesos desencadenados a consecuencia de la crisis socio económica del 2001-2002, que motivaron el florecimiento de la factoría estatal de medicamentos como componente de las estrategias jurisdiccionales de abastecimiento de medicamentos básicos y esenciales. Si bien los LPPM han cumplido un rol histórico como promotores del acceso a los medicamentos, dichos procesos han estado caracterizados por la falta de articulación, ya que cada LPPM ha sido desarrollado mayormente “puertas adentro” de su jurisdicción, lo cual ha llevado entre otros resultados a la aparición de líneas productivas coincidentes (cuadro 3).

- 3 Los LPPM según son definidos en el presente estudio representan una porción del universo ampliado de la producción pública de medicamentos en Argentina, el cual se encuentra conformado por alrededor de 50 unidades asociadas de manera directa o indirecta con la actividad factorial. (Apella, 2006; Maceira, 2011; Dirección de Economía de la Salud/ Ministerio de Salud de la Nación, 2015)

**Cuadro 1**  
**Laboratorios de Producción Pública de Medicamentos encuestados**

Laboratorio	Siglas	Jurisdicción
Laboratorio de Especialidades Medicinales	LEM	Santa Fe
Instituto Biológico “Dr. Tomás Perón” / LEMP2	LEMP2 y LEMP3	Buenos Aires
Laboratorio Nacional de Producción de Biológicos - ANLIS/ Malbrán	ANLIS/ Malbrán	CABA
Laboratorio de Hemoderivados	LH	Córdoba
Laboratorio Industrial Farmacéutico S.E.	LIF	Santa Fe
PROZOME	PROZOME	Río Negro
Centro de Elaboración - Facultad de Farmacia - Universidad Nacional de Tucumán	FFUNT	Tucumán
Talleres Protegidos	TP	CABA
Laboratorio Puntanos S.E.	Puntanos	San Luis
Universidad Nacional de la Rioja	UNLAR	La Rioja
Unidad de Producción de Medicamentos - Universidad Nacional de la Plata	UNLP	Buenos Aires
Laboratorio Chaqueños S.A.	Chaqueños	Chaco

Fuente: elaboración propia

Por su parte algunos encuestados han mencionado perseguir hasta siete objetivos diferentes, a partir de lo cual surge un interrogante respecto de la capacidad efectiva de dar respuesta a tantos objetivos a partir del empleo de un único instrumento de política, la PPM. Muchos de los objetivos mencionados son concurrentes y por tanto el cumplimiento de uno implicaría potencialmente el cumplimiento de otro, sin embargo ello no ocurre con todos los objetivos y por tanto en estos casos debiera analizarse la posible alineación o incompatibilidad entre objetivos, así como las posibles tensiones que podrían acontecer.

Ahora bien, los nueve (9) objetivos identificados podrían reagruparse en tres grandes grupos a fin de posibilitar una visión holística del conjunto. De esta manera, algunos objetivos se encuentran mayormente alineados con causas de tipo sanitarias, otros con causas de tipo comerciales, y finalmente algunos objetivos pretenden dar respuesta a necesidades propias del laboratorio. Claro está que se trata de una clasificación arbitraria toda vez que la mayoría de los objetivos responden a fallas de mercado y por tanto podrían ser catalogados como

de tipo económico, sin embargo aún reconociendo dicho aspecto se adoptó la clasificación indicada como un criterio posible para organizar la información y facilitar su análisis.

De esta forma comienza a vislumbrarse un posible rol dual que caracteriza a los laboratorios en relación con su razón de ser, sobre todo en relación a las causas sanitarias y comerciales puesto que si bien la mayoría de los laboratorios de producción pública de medicamentos han surgido de estructuras sanitarias (ministerios y secretarías de salud) y dependen administrativamente de éstas, su accionar no responde únicamente a objetivos de tipo “sanitarios” sino que también se proponen cumplir objetivos de tipo “comerciales”, como por ejemplo la regulación de precios de mercado y el incremento de competencia de mercado.

Recordando a del Río (2013) debiera analizarse un posible solapamiento con acciones de otras carteras públicas, en particular con economía y/o industria, tradicionalmente responsables de la definición de las políticas comerciales y de producción, y con funciones delegadas

**Cuadro 2**

### Objetivos perseguidos en la definición de la orientación productiva

Objetivos	Cantidad de LPPM	LPPM1	LPPM2	LPPM3	LPPM4	LPPM5	LPPM6	LPPM7	LPPM8	LPPM9	LPPM10	LPPM11	LPPM12
Elaborar productos que no son producidos por el sector privado pero que son necesarios en función de la epidemiología nacional	12	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Dar respuesta a los vademecum y/o demandas de los programas sanitarios y demás dependencias estatales	12	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	
Solucionar problemas de desabastecimiento	11	x	x		x	x	x	x	x	X	x	x	
Ofrecer productos a menores precios frente a las alternativas privadas	11	x	x		x		x	x	x	X	x	x	x
Establecer precios de referencia para el mercado	10	x	x		x	x	x	x	x		x	x	
Incrementar la facturación anual del laboratorio	5	x						x		X	x		x
Incrementar la competencia de mercado	4						x	x		X			x
Constituirse en centro de referencia en producción de medicamentos	2					x						x	
Constituirse en centro de referencia en desarrollo de medicamentos	1											x	

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 3**

### Ejemplos de solapamientos productivos entre LPPM

Principio Activo	Forma Farmacéutica	Concentración	Cantidad de LPPM que lo producen
Glibenclamida	Comprimidos	5 mg	8
Paracetamol	Comprimidos	500 mg	8
Enalapril	Comprimidos	10 mg	7
Gentamicina	Crema	0,10%	6
Ibuprofeno	Comprimidos	400 mg	6
Betametasona	Crema	0,10%	5
Diclofenac sódico	Comprimidos	50 mg	5

Fuente: Elaboración propia en base al “II Relevamiento de Producción Pública de Medicamentos” (2015), Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación.

para tal fin. En dicho escenario sería posible que se produzcan desencuentros dentro del mismo Estado toda vez que las motivaciones o criterios para el empleo de instrumentos de unos y otros no sean del todo coincidentes.

Pasando al análisis pormenorizado de los resultados, se observa que la mayoría de los LPPM encuestados cumplen el objetivo de **dar respuesta a los vademecum y/o demandas de los programas sanitarios y demás dependencias estatales**. Los medicamentos de producción pública se distribuyen mayormente hacia los efectores estatales de la propia jurisdicción de pertenencia, aunque en los últimos

años se ha producido un desembarco de la producción pública en el nivel nacional, en particular mediante el abastecimiento del Programa REMEDIAR (cuadro 4)

Diversos estudios dan cuenta que la PPM se encuentra mayormente orientada hacia la producción de los medicamentos básicos y esenciales empleados en el primer nivel de atención (Maceira, 2010; Dirección de Economía de la Salud, 2015). Para aportar evidencia sobre el caso se ha realizado el ejercicio de identificar para cada uno de los laboratorios encuestados el porcentaje de medicamentos que se encuentran reflejados en el Formulario Terapéutico del Primer Nivel de Atención (FTPNA) <sup>4</sup>. (cuadro 5)

Un elemento adicional de análisis se asocia al grado de racionalidad económica de la orientación productiva general observada, donde algunos de los principios activos empleados por los LPPM cuentan con amplias alternativas privadas ofertadas en el mercado. En estos casos y en condiciones normales el Estado se podría abastecer con productos privados de forma razonable dado el grado de competitividad existente (competencia monopolística). El cuadro 6 agrupa a los principios activos empleados por los LPPM encuestados en un conjunto de rangos indicativos del grado de competencia que enfrentan en el mercado.

Otros de los objetivos mencionados se encuentran asociados a problemáticas comúnmente denominadas como de **orfandad<sup>5</sup> y desabastecimiento<sup>6</sup>**, ya que se mencionó la necesidad de elaborar productos que no son producidos por el subsector privado pero que son

4 El FTPNA fue elaborado en el año 2010 por el Ministerio de Salud de la Nación (bajo la coordinación del Programa REMEDIAR) en colaboración con los ministerios de salud provinciales y referentes académicos y contiene los medicamentos que se consideró deberían estar disponibles en los centros de salud.

5 La Disposición de ANMAT N°7266/08 establece que un "medicamento huérfano es aquel que, siendo de elevado interés terapéutico y científicamente viable, no está disponible por diferentes causas y/o circunstancias, para atender problemas de salud de un paciente".

6 El desabastecimiento de medicamentos en general se asocia a situaciones en las cuales la industria privada discontinúa la oferta de cierto producto y en su lugar ofrece una versión actualizada del mismo, más costosa.

Cuadro 4

## Destino de la producción pública de medicamentos

Laboratorio	Subsector Público			OSN -OSP	Subsector Privado	Exterior
	Nacional	Provincial	Municipal			
LPPM1		X				
LPPM2		X				
LPPM3	X	X	X		X	
LPPM4	X	X				
LPPM5	X	X	X	X	X	X
LPPM6	X	X	X			
LPPM7	X	X				
LPPM8	X	X	X	X	X	X
LPPM9		X	X			
LPPM10		X				
LPPM11				s/d		
LPPM12				s/d		

Fuente: elaboración propia en base al "I y II Relevamiento de Producción Pública de Medicamentos" (2009 y 2015), Dirección de Economía de la Salud - MsaI.

Nota: Debido a limitantes de información no se han podido ponderar las cantidades distribuidas hacia cada destino. Por tanto se indican los destinos finales de la producción realizada por cada laboratorio pero sin considerar el peso relativo de lo distribuido a cada destino.

Cuadro 5

## Medicamentos elaborados por LPPM y contenidos en el FTPNA

Laboratorio	% de coincidentes*	Principios Activos coincidentes	Cantidad de medicamentos evaluados
LPPM1	55	Amiodarona, Amlodipina, Amoxicilina, Atenolol, Azitromicina, Cefalexina, Difenhidramina, Enalapril, Furosemida, Glibenclamida, Hidroclorotiazida, Ibuprofeno, Losartan, Mebendazol, Metformina, Paracetamol,	38
LPPM2	54	Amoxicilina, Cefalexina, Enalapril, Glibenclamida, Hidroclorotiazida, Ibuprofeno, Levonogestrel+Etinilestradiol, Metformina, Paracetamol, Permetrina, Prednisona, Ranitidina, Simvastatina	26
LPPM3	50	Isoniazida, Pirazinamida, Rifampicina	8
LPPM4	32	Enalapril, Glibenclamida, Hidroclorotiazida, Ibuprofeno, Metformina, Metrodinazol, Paracetamol, Ranitidina	25
LPPM5	30	Atenolol, Enalapril, Fluconazol, Glibenclamida, Ibuprofeno, Metformina, Paracetamol	23
LPPM6	29	Salbutamol, Prednisona, Paracetamol, Hidroclorotiazida, Glibenclamida, Furosemida, Betametasona, Atenolol, Acido Fólico	34
LPPM7	9	Cefalexina	11
LPPM8	4	Dexametasona fosfato	27
LPPM9			s/d
LPPM10			s/d
LPPM11			s/d
LPPM12			s/d

Fuente: elaboración propia en base al "II Relevamiento de Producción Pública de Medicamentos" (2015), Dirección de Economía de la Salud - Ministerio de Salud de la Nación y al Formulario Terapéutico del Primer Nivel de Atención (FTPNA)

Nota: \* Se buscaron coincidencias en principio activo, forma farmacéutica y concentración

necesarios en función de la epidemiología nacional, y de solucionar problemas de desabastecimiento. En estos casos, los LPPM actúan sobre una falla de mercado asociada a los mercados incompletos<sup>7</sup>.

Al respecto, fueron identificados un conjunto de principios activos que estarían siendo empleados sólo por LPPM, a saber: Células vivas obtenidas a partir de la cepa BCG Pasteur 1173 P2; Cloruro de Sodio - Cloruro de Potasio - Citrato Trisódico Dihidratado - Glucosa Anhidra; Derivados proteicos purificados de Tuberculina: proteínas de cepas de *Mycobacterium tuberculosis*; Etionamida; Inmunoglobulina Humana Anti D; Inmunoglobulina de conejo; Inmunoglobulinas equinas; Inmunoglobulina Humana Antitetánica y Toxoide tetánico adsorbido; Morfina; PAS Sódico; PPD (Derivado Proteico Purificado) de Tuberculina; Solución clorurada hipertónica; Suero Antibostróptico; Suero Antidiférico; Suero Antiloxoceles; Suero Antiveneno de *Latrodectus*;

7 Los mercados incompletos se producen cuando el subsector privado no suministran un bien o servicio cuyo costo de suministro es inferior a la disposición a pagar del consumidor.

Sulfa+Trimetropina; Sulfato ferroso + Vit B12+ ác. Fólico; Sulfato Ferroso heptahidratado; Vacuna Doble DTa.

Por su parte, tres objetivos confluyen dentro de uno único asociado a la necesidad de accionar en el mercado para provocar una **presión a la baja de los precios**, ya sea ofreciendo productos a menores precios frente a las alternativas privadas, sirviendo de base para el establecimiento de una suerte de “precios de referencia” de mercado y también incrementando la competencia de mercado, donde la teoría económica supone que al incrementarse el número de competidores se producirá una presión a la reducción de los precios de mercado por la puja entre oferentes.

El cuadro 7 resume un conjunto de variables condicionantes del grado de eficiencia con que funcionan los LPPM encuestados, lo cual permite obtener una primera aproximación respecto de la efectiva capacidad de los LPPM de influenciar al subsector privado. Allí se observan diferencias marcadas entre laboratorios en relación al grado

**Cuadro 6**  
**Alternativas privadas para medicamentos elaborados por LPPM**

	Principios Activos empleados por LPPM
Más de 100 productos privados competidores	Ibuprofeno; Diclofenac Sódico; Amoxicilina; Sildenafil; Enalapril; Alprazolam; Metformina; Clonazepam; Cefalexina; Atorvastatina; Fluconazol
Entre 51 y 99 productos privados competidores	Amlodipina; Azitromicina; Ranitidina; Paracetamol; Acido Fólico; Losartan; Loratadina; Simvastatina; Atenolol; Ciprofloxacina; Betametasona; Haloperidol
Entre 25 y 50 productos privados competidores	Lidocaina; Bromhexina; Diazepam; Eritromicina; Salbutamol; Clopidrogrel; Hidrocortisona; Metoclopramida; Glibenclamida; Factor VIII; Acido acetilsalicílico; Amiodarona; Furosemida; Gentamicina
Entre 10 y 24 productos privados competidores	Cloruro de Sodio; Levonogestrel/ Ethinilestradiol; Inmunoglobulina Humana; Difenidramina; Permetrina; Miconazol; Mebendazol; Fenobarbital; Nitrofurazonada; Butilbromuro de Hioscina; Factor IX; Albendazol; Cloruro de Potasio; Hidroclorotiazida
Entre 1 y 9 productos privados competidores	Albumina Humana; Rifampicina; Acido Salicílico; Homatropina Metilbromuro; Prednisona; Edetato Calcico Disodico; Inmunoglobulina Humana Anti Hepatitis B; Glucosa Monohidratada; Hidróxido de Aluminio; Isoniazida; Pirazinamida; Antitrombina III; BCG oncologica; Dexametasona; Etambutol; Sulfato de Zinc; Vacuna Antirrábica; Vacuna Anti TBC
Sin competidores identificados	Ver Orfandad y Desabastecimiento

Fuente: Elaboración propia en base al “El Relevamiento de Producción Pública de Medicamentos” (2015), Dirección de Economía de la Salud – Msal y Alfabetá (diciembre de 2013)

Nota: En virtud de los principios activos empleados por los laboratorios públicos, se ha buscado la oferta total de productos privados relacionados. A los efectos del presente cuadro, se define producto como: Laboratorio + principio activo/ forma farmacéutica/ concentración/ presentación.

**Cuadro 7**  
**Factores condicionantes de la eficiencia**

Laboratorios	Turnos diarios (hora por turno)	Cantidad total de personal	Antigüedad promedio de las maquinarias (años)	Producción anual 2013	Producción anual 2013 / personal
LPPM1	2 (8)	111	2,5	81.691.101	735.956
LPPM2	2 (8)	63	5,4	35.842.000	568.921
LPPM3	1 (10)	47	s/d	35.227.712	749.526
LPPM4	3 (8)	36	9,7	15.984.424	444.012
LPPM5	1 (9)	29	s/d	15.219.917	524.825
LPPM6	1 (8)	18	10,2	3.300.000	183.333
LPPM7	3 (7)	254	2,8	2.996.621	11.798
LPPM8	1 (6)	126	6,8	100.000	794
LPPM9	1 (6)	8	4,2	50.524	6.316
LPPM10	1 (6)	75	11,2	40.964	546
LPPM11			s/d		
LPPM12			s/d		

Fuente: Elaboración propia en base al “El Relevamiento de Producción Pública de Medicamentos” (2015), Dirección de Economía de la Salud – MSal.

de aprovechamiento de sus recursos, donde por ejemplo la política de turnos diarios adoptada por cada laboratorio condiciona la capacidad de redistribución de costos indirectos.

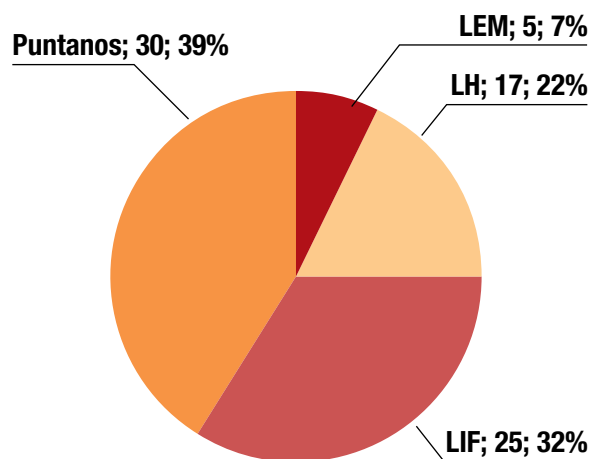
Otro elemento a tener en cuenta al analizar la capacidad de los LPPM de influenciar a los privados se asocia con las condiciones de registro sanitario, dado que este factor condiciona el alcance territorial potencial de los medicamentos elaborados por LPPM. En el gráfico 1 se indica la cantidad de medicamentos que cuentan con aprobación de 1° lote otorgada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

## 4 Conclusiones y recomendaciones

La evidencia analizada indica que los LPPM se encontrarían mejor posicionados para cumplir con los objetivos “mayormente asociados a cuestiones de tipo sanitarias” antes que aquellos objetivos “mayormente asociados con cuestiones de tipo comerciales”, sobre todo en casos de mercados incompletos. Sin embargo, pareciera ser que la producción se orienta más a productos que se encuentran en el mercado.

La presencia de solapamientos productivos junto con algunos indicadores de ineficiencias en el empleo de recursos suponen la necesidad de avanzar hacia el desarrollo de una política nacional de producción pública de medicamentos que promueva la integración y articulación de los laboratorios en torno a una estrategia común de investigación, desarrollo, producción y abastecimiento, donde la Nación mantenga un rol rector y se trabaje de manera consensuada con el nivel jurisdiccional. Entre otras acciones podrían considerarse: la regionalización de la matriz productiva estatal como así también la existencia de políticas subsidiadas para incentivar la investigación, desarrollo y producción de ciertos productos que siendo estratégicos no se encuentran dis-

### Gráfico 1 Cantidad de medicamentos elaborados por LPPM con aprobación de 1° lote en ANMAT



Fuente: elaboración propia en base al Registro de Especialidades Medicinales, ANMAT (consulta realizada en febrero de 2015)

ponibles en el mercado y el mejoramiento de la calidad de las plantas de producción y la aprobación de los productos para comercialización para lograr los estándares recomendados por la agencia regulatoria que permitiría el tránsito federal. Para tal fin, se considera indispensable fortalecer el rol de las instituciones públicas existentes, como el Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos y la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP). Finalmente, es indispensable avanzar de manera coordinada y articulada con otras carteras públicas de manera de potenciar las complementariedades y evitar desencuentros en la selección y empleo de instrumentos para la concreción de los objetivos de política propuestos.

## Bibliografía

- Arrow, Kenneth J. “Incertidumbre y economía del bienestar de la atención médica”, *American Economic Review* 53, 5 pp. 941-973, 1963.
- Brainard, W. “Uncertainty and the Effectiveness of Policy”. *The American Economic Review*, Vol. 57 N°2. Papers and Precedings of the Seventy-Ninth Annual Meeting of the American Economic Association, 1967.
- Bramuglia, C. y otros. “Análisis de la Industria Farmacéutica Estatal en Argentina”. Documento de Jóvenes Investigadores, N°34, Instituto de Investigaciones Gino Germani, FCS-UBA, 2012.
- Bressers, H. y otros “The Selection of Policy Instruments: A Network Based Perspective”. Cambridge University Press, 1998.
- De la Puente, C. y otros. “Propiedad intelectual y medicamentos”. ISALUD, 1° ed. Buenos Aires, 2009.
- De Pablo, J. “El principio de la clasificación efectiva de los medicamentos” *Revista Económica*; vol. 27, no. 1-2 Instituto de Investigaciones Económicas, 1981.
- Di Salvo, María Teresa y otros “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, en *Anuario CEEED*, N°1 – Año 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, pp. 107-134, 2009.
- Howlett, M. “What is a Policy Instrument? Policy Tools, Policy Mixes and Policy Implementation Styles, In *Designing Government: From Instruments to Governance*”, edited by O. Eliadis, M. Hill, and Howlett, M. 31-50. Montreal: Mc Gill-Queen’s University Press, 2005.
- Howlett, M. “Gain the Policy Edge, Beyond Good and Evil in Policy Implementation: instrument mixes, implementation styles, and second generation theories of policy instrument choice”. *Institute Public Administration Australia*, 2004.
- INDEC. *La Industria Farmacéutica en la Argentina. Informe, tercer trimestre de 2014*
- LIF. *Laboratorio Industrial Farmacéutico Sociedad del Estado. Boletín* editado en 2011.
- Maceira, D. “Evaluando una estrategia de intervención Estatal. La producción pública de medicamentos” *Beca “Ramón Carillo – Arturo Oñativia”*, CNSI-MSAL, Argentina, 2010.
- Maceira, D. “Evolución de la Estructura del Mercado Farmacéutico Argentino ante un Contexto de Cambio Regulatorio”. CEDES, 2013.
- Maceira, D. “Espacios de Colaboración Público-Privado en la Producción de Medicamentos”. CEDES, 2013.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, UIES. “La industria de medicamentos en Argentina: Un análisis de la producción, el consumo y el intercambio comercial”. *Diagnóstico y perspectivas*, 2005.
- Morgenstern, M. “Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR”, *Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud*, 2012.
- Organización Mundial de la Salud. *Selección de medicamentos esenciales, Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*, n° 4, WHO/EDM/2002.2, p. 1, Ginebra, 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. “El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas; 2009”. Disponible en: [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limit\\_start](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2781&Itemid=1178&limit=1&limit_start).
- Randall, A. “The Problem of the Market Failure”, *The. Nat. Resources J.*, 23, 131, 1983.
- Román, V. y otros “La producción pública de medicamentos en Argentina: notas para su análisis”. *Revista Saberes*, Facultad de Ciencias Económicas y Estadística, Universidad Nacional de Rosario Número 2, 2010.
- Tobar, F. “Economía de los Medicamentos Genéricos en América Latina”. *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 23 (1): 59-67, 2008.