

ADEBIANO ROBERT RODRIGUES PEREIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE E OS FARMACÊUTICOS ARGENTINOS DIANTE DO  
NEOLIBERALISMO E DO NEO-DESENVOLVIMENTISMO (1991– 2009).

Juiz de Fora

2016

ADEBIANO ROBERT RODRIGUES PEREIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE E OS FARMACÊUTICOS ARGENTINOS DIANTE DO  
NEOLIBERALISMO E DO NEODESENVOLVIMENTISMO (1991– 2009).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em História, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como  
requisito parcial a obtenção do título de Mestre em  
História.

Orientador: Dr. Ignácio Godinho delgado.

Juiz de Fora

2016

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Pereira, Adebiano Robert Rodrigues.

A política de saúde e os farmacêuticos argentinos diante do neoliberalismo e do neodesenvolvimentismo (1991 - 2009). /

Adebiano Robert Rodrigues Pereira. -- 2016.

210 p.

Orientador: Ignácio Godinho Delgado

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em História, 2016.

1. Neoliberalismo. 2. Sistemas de Saúde. 3. Atenção Farmacêutica. I. Delgado, Ignácio Godinho, orient. II. Título.

ADEBIANO ROBERT RODRIGUES PEREIRA

A POLÍTICA DE SAÚDE E OS FARMACÊUTICOS ARGENTINOS DIANTE DO  
NEOLIBERALISMO E DO NEODESENVOLVIMENTISMO (1991– 2009).

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em História, da Universidade Federal de Juiz de  
Fora, como requisito parcial a obtenção do título de  
MESTRE EM HISTÓRIA.

Juiz de Fora, 04/11/2016

Banca Examinadora.

---

Prof.: Dr. Ignacio Godinho Delgado. Orientador.

---

Prof.: Dr. Fernando Perlatto Bom Jardim. Presidente.

---

Prof.: Dr. Flavio Gaitán (UNILA) Exam. Externo.

Essa conquista é dedicada ao meu amado pai  
Geraldo Gonçalves Pereira.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, é uma grande satisfação apresentar esse trabalho de mestrado, sendo o primeiro de minha família a se graduar em uma universidade pública e a atingir tal titulação. Por isso, se faz necessário ressaltar e agradecer ao esforço que o Estado brasileiro tem realizado nos últimos anos em prol da educação pública, com políticas de acesso e permanência no ensino universitário.

Agradeço a Universidade Federal de Juiz de Fora, pelos anos de estudo e convívio em seu ambiente permeado pelo debate de ideias e construção de conhecimento, mas também pela bolsa de estudos nos anos de curso que permitiu a execução desse trabalho.

Agradeço aos meus professores, da graduação e da pós-graduação, por todo seu empenho, dedicação e generosidade na transmissão do saber.

Aos professores da banca, em especial ao professor Ignácio Godinho Delgado pela valiosa orientação, por suas críticas, sugestões e por apostar nesse projeto.

A todos os funcionários da Universidade Federal de Juiz de Fora, em especial aqueles relacionados ao departamento de História.

Aos meus pais, Geraldo e Elza, por todos os esforços em minha formação.

A Beatriz, pelo seu companheirismo ao longo desses anos, elemento fundamental na condução da minha vida.

Aos meus amigos Guilherme, Leonardo, Ana Clea, Juanito, Raphael, Pricila e Felipe Líquer pela parceria e apoio. Além de todos aqueles que dividiram comigo essa jornada.

“La experiencia argentina permite echar luz sobre algunas de las falacias neoliberales más importantes, a saber: la mejor desregulación económica genera mayor competencia, la formación de mercados competitivos permite un mayor crecimiento económico, y mayor crecimiento económico se traduce en mayor bienestar general”.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> CASTELLANI, Ana Gabriela. **Implementación del modelo neoliberal y restricciones al desarrollo en la Argentina contemporánea**. Disponible em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/unesco1/castellani.pdf>. Acesso em: 04 ago, 2016. p. 126.

**Resumo:**

O trabalho que ora se apresenta, focaliza a atuação dos farmacêuticos argentinos na disputa pela regulação da venda e distribuição de medicamentos. A partir de 1989, o governo Carlos Menem estabelece uma série de medidas liberalizantes, daremos atenção especial ao decreto nº 2.284/91, marco inicial de nossa problemática, pois promove a desregulação econômica no país. O decreto em questão, permitiu a livre importação de medicamentos e a comercialização desses produtos fora de estabelecimentos farmacêuticos. Como resultado da crise do experimento neoliberal, ao final da década de 1990, ganhou espaço coalizões dispostas a reorganizar o arranjo político, fortalecendo a intervenção do Estado em espaços estratégicos por meio de políticas sociais e regulações. Em 2009, com a lei nº 26.567/09, que revoga a desregulação econômica para o comércio de medicamentos, fechamos nosso recorte temporal.

**Palavras Chave:** Neoliberalismo, Sistemas de Saúde, Atenção Farmacêutica.

**Summary:**

The present work focuses on the performance of Argentine pharmacists in the dispute for the regulation of the sale and distribution of medicines. From 1989, the Carlos Menem government establishes a series of liberalizing measures; we will give special attention to Decree n° 2.284/91, the initial mark of our problematic, as it promotes the economic deregulation in the country. The decree in question allowed for the free importation of medicinal products and the marketing of those products outside pharmacies. Because of the crisis of the neoliberal experiment, in the late 1990s, coalitions were willing to reorganize the political arrangement, strengthening state intervention in strategic spaces through social policies and regulations. In 2009, with Act 26,567/09, which repealed the economic deregulation for the drug trade, we closed our time cut.

**Keywords:** Neoliberalism, Health Systems, Pharmaceutical Care.

## SUMÁRIO:

<b>Apresentação</b>	
<b>Introdução</b>	<b>12</b>
<b>1. CAPÍTULO 1 - Sistema de saúde e o papel do farmacêutico.</b>	<b>28</b>
<b>1.1. O Farmacêutico e os atores do sistema de saúde.</b>	<b>33</b>
<b>1.1.1. História da Prática Farmacêutica.</b>	<b>35</b>
<b>1.1.1.1. A Atuação dos Farmacêuticos pelo Mundo.</b>	<b>41</b>
<b>1.1.2. Os Farmacêuticos e os Médicos.</b>	<b>46</b>
<b>1.1.3. Os Farmacêuticos e a Indústria de Medicamentos.</b>	<b>50</b>
<b>1.2. Síntese.</b>	<b>57</b>
<b>2. CAPÍTULO 2 – Argentina: Sistema de Saúde e Farmacêuticos.</b>	<b>59</b>
<b>2.1. Elementos Fundamentais da Trajetória Econômica e Política da Argentina.</b>	<b>59</b>
<b>2.2. Trajetória e Características do Sistema de Saúde Argentino.</b>	<b>79</b>
<b>2.2.1. Configuração Atual do Sistema de Serviços de Saúde.</b>	<b>90</b>
<b>2.3. Atores de Serviços de Saúde Argentino e o Lugar do Farmacêutico.</b>	<b>93</b>
<b>2.3.1. Atores do Mercado de Medicamentos.</b>	<b>95</b>
<b>2.3.2. Marco Regulatório.</b>	<b>103</b>
<b>2.4. Síntese.</b>	<b>114</b>
<b>3. CAPÍTULO 3 – Os Farmacêuticos Diante do Decreto nº 2.284/91.</b>	<b>116</b>
<b>3.1. O Contexto de Edição do Decreto e Seus Impactos Sobre a Economia, Indústria, Seguridade Social, Saúde e na Atuação dos Farmacêuticos.</b>	<b>117</b>
<b>3.2. A Confederação Farmacêutica e a Desregulação; Relações Durante o Experimento Neoliberal e sua Crise.</b>	<b>129</b>
<b>3.3. O Decreto de Desregulação; Coalizões Para sua Revisão.</b>	<b>143</b>
<b>3.4. Síntese.</b>	<b>180</b>
<b>4. Conclusão.</b>	<b>183</b>
<b>5. Bibliografia.</b>	<b>193</b>

### **Apresentação:**

O trabalho que ora se apresenta, é fruto de um esforço que se estende desde o ano de 2010, quando tomamos contato com o projeto de iniciação científica proporcionado pela criação do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia – Políticas Públicas Estratégias e Desenvolvimento (INCT – PPED). Na ocasião, inserimo-nos na linha de pesquisa dedicada ao “Estado, Variedades de Capitalismo e Políticas de Desenvolvimento em Países Emergentes”. Ali, nosso objetivo era analisar, à luz da literatura sobre variedades de capitalismo e da abordagem institucionalista, a trajetória recente de certos países emergentes da América Latina, a saber: Brasil, Argentina e México. Um grupo de graduandos em História da Universidade Federal de Juiz de Fora ficou designado para o estudo das políticas de saúde na Argentina, qual foi a surpresa ao verificar toda a pujança da luta desenvolvida pelos farmacêuticos do país, ao longo do período imediatamente predecessor. Tratava-se de algo fora do esperado, pois a presença dos farmacêuticos nos debates centrais da formulação de políticas de saúde costumeiramente é mais acanhada. As investigações seguiram revelando um ator singular, proporcionaram também, a percepção dos efeitos das mudanças de arranjo político sofridas pela Argentina na distribuição de poder entre os vários atores que compõem a agenda de saúde e o mercado de medicamentos. Assim, podemos perceber boa parte dos reflexos das políticas neoliberais e os efeitos causados pela nova conjuntura experimentada a partir de 2002, que recupera a construção de políticas sociais, para a construção de condições satisfatórias de governança e de crescimento econômico, observados pelo prisma da saúde.

Deste modo, objetivaremos traçar uma análise da trajetória do sistema de saúde argentino, em especial, da política de regulação do acesso e da comercialização de medicamentos, bem como, a atuação dos farmacêuticos no combate à desregulação do mercado de medicamentos, durante as décadas de 1990 e 2000, sob a vigência de arranjos políticos neoliberal e neodesenvolvimentista. Consideraremos as características do ambiente institucional e a interação entre diferentes atores da área de saúde. Para tal, dividiremos o trabalho em três partes, de modo a analisar: na primeira parte, a trajetória desenvolvida pelos farmacêuticos desde sua afirmação no campo da ciência até os dias atuais, estabelecendo os limites de atuação e interfaces com demais atores; Na segunda, analisar os elementos fundamentais da trajetória política, econômica e do sistema de saúde da Argentina, de modo a auxiliar a compreensão de características do sistema decisório e comportamento dos atores naquele país. Buscaremos ainda, estabelecer os limites da atuação dos farmacêuticos argentinos e as relações que estabelecem com os

demais atores; Por fim, na última parte, contextualizaremos o cenário em que se deu a edição do decreto de desregulação econômica e seu impacto sobre a economia, a indústria, a seguridade social e sobre a atuação dos farmacêuticos, analisando a postura da Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) diante deste ato, bem como, as alianças firmadas e sua militância na defesa da regulação do mercado de medicamentos. Esperamos que, deste modo, possamos desenvolver uma análise das principais políticas de saúde, mudanças no mercado de medicamentos e a atuação da COFA entre 1990 e 2009. De modo a conferir especial atenção aos farmacêuticos, verificando suas percepções e posicionamentos em relação à comercialização de medicamentos. Estabeleceremos ainda, uma análise das coalizões firmadas entre os diferentes atores da área de saúde no período delimitado, em especial aqueles que envolvem os farmacêuticos dentro de um contexto de afirmação do arranjo neoliberal, sua crise e construção de um arranjo político neodesenvolvimentista.

\*\*\*

## Introdução.

Na segunda metade do século XIX, diante da emergência da ordem capitalista, a sociedade começa a produzir movimentos de autodefesa. Um dos efeitos destes movimentos é o chamado Estado de Bem-Estar Social, ou simplesmente, Estado Social. No entendimento de que a situação dos trabalhadores é algo que deve ser resolvido coletivamente, o Estado de Bem-Estar Social determina a criação de mecanismos compensatórios de coesão social para a manutenção da força de trabalho necessária ao desenvolvimento do capitalismo.<sup>2</sup> Neste sentido, a existência do Estado de Bem-Estar Social, evidencia uma situação desigual dos trabalhadores frente ao capital. Segundo Esping-Andersen, o Estado de Bem-Estar Social representou, historicamente, muito mais do que um simples desenvolvimento de políticas sociais, haja visto, que significou também a reestruturação econômica, ética moral e política das nações,<sup>3</sup> buscando minimizar as desigualdades sociais modificando a correlação de forças no mercado.<sup>4</sup>

Na raiz da formação do Estado Social, estão a emergência de organizações ligadas aos trabalhadores, a noção de democracia e justiça social. As bases do Estado de Bem-Estar Social são lançadas ainda no século XIX, mas é na primeira metade do século XX que ele se estruturou. Diante dos efeitos depressivos da Segunda Guerra Mundial, legitima-se a possibilidade que os Estados construam sistemas produtivos, econômicos e sociais de cunho nacional, que fujam parcialmente as flutuações de mercado. O keynesianismo torna-se a ideologia econômica que abona opções pró-intervencionistas no campo da economia.<sup>5</sup> Neste processo, o Estado Social passa a desenvolver ações voltadas à saúde, formando-se Sistemas de Saúde que ganham cada vez mais centralidade.<sup>6</sup> A partir das crises ocorridas na década de 1970, ocorre também, a crise do modelo keynesiano. Considerada uma crise fiscal pela crítica ultraliberal, que ganhou força neste momento, a convulsão instalada no seio do Estado de Bem-Estar Social é fruto de uma crise de confiança nos mecanismos de regulação praticados no pós-guerra.<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup> SWAAN, A. **In Care of State**. Cambridge. Policy Press. 1988.

<sup>3</sup> ESPING-ANDERSEN, Gösta. **Welfare State na Nova Ordem Mundial**. Lua Nova, nº 35, 1995.

<sup>4</sup> RUGGIE, Mary. **The State and Working Women: A Comparative Study of Britain and Sweden**. Princeton University Press. 1984. p. 11.

<sup>5</sup> SHONFIELD, Andrew. **Le Capitalisme Moderne**. Paris. Gallimard. 1967.

<sup>6</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy**. Cambridge. Cambridge University Press. 1998.

<sup>7</sup> MERRIEN, François Xavier. **O Novo Regime Econômico Internacional e o Futuro dos Estados de Bem-estar Social**. In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007. p. 133.

Diante de um cenário de crise econômica internacional, com flutuações que fogem ao controle dos Estados e lhes afetam profundamente, a descrença nos benefícios do princípio redistributivo do Estado, o descrédito da ideologia econômica do keynesianismo, o engajamento de grandes organizações internacionais (FMI, BM, GATT, OCDE...), entre outros fatores, fizeram com que triunfasse a visão ultraliberal de que o Estado deveria se retirar de certos campos deixando que o mercado operasse sem qualquer interferência, cabendo proteção social apenas aos indigentes e pessoas comprovadamente pobres.<sup>8</sup> Nos países ocidentais e periféricos do capitalismo, as ideias econômicas liberais, que vão adquirindo importância ao longo das décadas de 1980 e 1990, criam uma forte pressão para o desenvolvimento de um programa de desregulação econômica e de privatizações, afirmando ainda, os efeitos negativos das políticas sociais para o desenvolvimento econômico.<sup>9</sup>

Somente a partir do enfraquecimento do Estado de Bem-Estar Social é que se iniciaram estudos sistemáticos, por parte das ciências sociais, para explicar sua caracterização, seus processos de desenvolvimento e para qualifica-lo.<sup>10</sup> Em 1990, Esping-Andersen publica a obra *The Three Worlds of Welfare State* que se tornou uma referência nas pesquisas sobre o Estado de Bem-Estar Social, devido ao seu caráter comparativo, alimentado por um grande número de informações relacionados a diversos países industrializados. Esping-Andersen, coloca no centro da análise sobre o desenvolvimento do Estado Social a história das coalizões políticas de classe, que julga como causa fundamental das variações encontradas em suas políticas,<sup>11</sup> formulando sua tricotomia de regimes de Estado de Bem-Estar Social segundo a seguinte tipologia: Liberal, Corporativista Conservador e Universalista ou Social-Democrata.

No regime Liberal de Estado de Bem-Estar Social, a assistência pública é mantida em um nível mínimo, induzindo a participação do indivíduo no mercado. Os benefícios públicos são proporcionados predominantemente por meio de comprovação de carência. Os direitos sociais são restritos, a estratificação social é fomentada por uma igualdade

---

<sup>8</sup> DELGADO, Maurício Godinho; PORTO, Lorena Vasconcelos. **O Estado de Bem-estar Social no Capitalismo Contemporâneo**. In: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007. p. 27.

<sup>9</sup> LA REFORME des Régimes Públicos de Pensions. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Paris, 1988.

<sup>10</sup> QUADAGNO, Jill. **Teories of the Welfare State**. Annual Review of Sociology.vol, 13, 1987; FARIA, Carlos A. P. de. **Uma Genealogia das Teorias e tipologias do Estado de Bem-estar Social**. In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007.

<sup>11</sup> FARIA, Carlos A. P. de. **Uma Genealogia das Teorias e tipologias do Estado de Bem-estar Social**. In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007. p. 66.

relativa na pobreza e a proteção diferenciada pelo mercado para a maioria que se organiza segundo uma clara divisão de classe. Este padrão é identificado, principalmente, nos Estados Unidos e Austrália.<sup>12</sup>

No regime Corporativista Conservador, não há a fé inabalável na capacidade do mercado de produzir bem-estar. No entanto, é comum encontrar nos países onde esse regime floresceu, uma herança corporativista que torna da manutenção das diferenças uma questão crucial e faz com que a concessão de direitos e benefícios se dê orientada pela estrutura de classe. O Estado apenas retira o mercado da condição de principal provedor de bem-estar, devido ao fato de incorporar as estruturas corporativistas, assim o caráter redistributivo é pequeno e sua ação acentua a conservação das diferenças. Os países onde se identificam esse arquétipo são: Alemanha, França, Itália e Áustria.<sup>13</sup> Incluímos também a Argentina, onde formou-se um modelo de seguro saúde baseado nas obras sociais, agentes cuja função consistem também em financiar eventuais gastos relacionados à saúde<sup>14</sup>. Historicamente, o acesso às obras sociais foi mediado pela participação no mercado formal de trabalho e sua gestão, feita pelo sindicato da categoria profissional.<sup>15</sup>

O regime Socialdemocrata é marcado pelo princípio universalista na provisão pública e o caráter desmercantilizador gerado pelo alcance dos direitos sociais. No combate ao dualismo entre mercado e Estado, presente nos demais regimes, este padrão teria promovido uma igualdade nos níveis superiores de benefícios e serviços sociais, assumindo uma dispendiosa carga de serviços sociais. Este modelo se deu em um número reduzido de países, o distintivo de regime Socialdemocrata se deve ao papel fundamental da socialdemocracia nas reformas sociais destes países. Suécia, Dinamarca e Noruega são países destacados por este padrão.<sup>16</sup>

Cabe aqui ressaltar a importância da análise dos modelos de Estado Social, uma vez que, estes possuem grande influência na forma em que irão desenvolver as políticas de saúde, conferindo maior ou menor poder aos atores envolvidos, moldando preferências

---

<sup>12</sup> ESPING-ANDERSEN, Gösta. **The Three Worlds of Welfare State**. Princeton. Princeton University Press. 1990. p. 27.

<sup>13</sup> ESPING-ANDERSEN, Gösta. **The Three Worlds of Welfare State**. Princeton. Princeton University Press. 1990. p. 27.

<sup>14</sup> BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008. p.14.

<sup>15</sup> **El Surgimiento** de las Obras Sociales. 2000. Disponível em: <<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>16</sup> ESPING-ANDERSEN, Gösta. **The Three Worlds of Welfare State**. Princeton. Princeton University Press. 1990. p. 28.

e estratégias em alguns casos, além de influenciar na abertura ou não de determinadas arenas.

Ao final da década de 1990, observamos que, em uma série de países que passaram pelo neoliberalismo, chegam ao poder coalizões de centro-esquerda, que se formam a partir do descrédito de que medidas orientadas apenas para o mercado seriam eficazes na garantia de boas condições de governança. Neste sentido, temos o exemplo de Michele Bachelet no Chile, Fernando Lugo no Paraguai, Evo Morales na Bolívia, Luís Inácio Lula no Brasil e Néstor Kirchner na Argentina. Essa nova estratégia de desenvolvimento nacional, foi chamada de Novo Desenvolvimentismo que, segundo Bresser-Pereira, constitui-se como um “terceiro discurso” entre o antigo desenvolvimentismo e a ortodoxia neoliberal, um conjunto de propostas de reformas institucionais e de políticas econômicas, por meio das quais, as nações em desenvolvimento médio buscaram alcançar os países desenvolvidos no início do século XXI. Ainda segundo Bresser-Pereira, esse novo paradigma de desenvolvimento se baseia na macroeconomia keynesiana e na teoria econômica do desenvolvimentismo, porém aceita os constrangimentos do mundo globalizado.<sup>17</sup> Neste contexto, as economias de mercado coordenado, em suas diversas formas de miscigenação com a economia de mercado liberal, encontraram terreno fértil, resultando em governos empenhados na ampliação dos mecanismos de proteção social.

Jacob Hacker, ao analisar a lógica histórica do seguro nacional de saúde, definiu os sistemas de saúde como um pilar central do Estado de Bem-Estar Social, frisou que poucos programas sociais envolvem de forma tão direta o funcionamento da economia, e que o desenvolvimento de sistemas de atenção à saúde se localizam na interface entre Estado, sociedade e mercado, tendo se desenvolvido de forma diversa nos vários países.<sup>18</sup> As políticas de saúde, como políticas sociais de largo alcance,<sup>19</sup> encontram-se no centro de uma luta ideológica em que os conflitos dos projetos se desenvolvem admitindo o

---

<sup>17</sup> BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Novo Desenvolvimentismo e a Ortodoxia Convencional**. São Paulo em Perspectiva, v. 20, nº 3, jul, 2006.

<sup>18</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance**: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy. Cambridge. Cambridge University Press. 1998. p. 57; FLEURY, Sonia; OUVÉREY, Assis M. **Política de Saúde**: Uma Política Social. In: GIOVANELLA, I et al (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 39.

<sup>19</sup> Segundo Rodrigo Martínez, as políticas sociais se caracterizam por sua gestão orientada por planos programas, projetos e leis que envolvem a necessidade de recursos físicos, humanos e financeiros que configuram o chamado gasto social. Tais políticas possuem impactos que podem ser de três tipos, a saber: social, redistributivo e econômico. Trataremos as políticas de saúde como políticas sociais no entendimento de que, tais políticas sofrem o mesmo processo de gestão e produzem, em algum momento de sua atuação, os três tipos de impacto. Fonte: MARTÍNEZ, Rodrigo et al. **El Impacto Económico de las Políticas Sociales**. Documento de Proyecto. Santiago de Chile: CEPAL, 2013.

Estado como um espaço de exercício do poder político. Neste processo, o Estado cumpre um duplo papel, no primeiro, é um ator de destaque devido a sua estrutura. No segundo, é visto como uma arena em que se enfrentam esses interesses organizados<sup>20</sup>. Daí a política de saúde, por sua centralidade na vida econômica, volume de capital envolvido, variedade de atores relacionados e impacto social, será sempre marcada pelas disputas desses projetos, desenvolvidos através de padrões institucionalizados que estabelecem a posição dos atores, a distribuição de poder entre os mesmos e formam preferências que definem as alianças e orientam a ação destes grupos.

Por características intrínsecas à sua operação e seu caráter de política social, a política de saúde se coloca na intercessão entre diversas formas de relações, como a relação entre gestores e atores políticos, entre indivíduos e grupos sociais, entre os cidadãos e o poder público, entre consumidores e provedores de bens e serviços relacionados à saúde (planos e seguros de saúde, medicina privada, farmacêuticos, entre outros).<sup>21</sup> Ignacio Delgado, enumera oito esferas em que emergem atores sociais diretamente ligados ao funcionamento dos sistemas de saúde, a saber: o governo, a burocracia pública na área da saúde, a rede hospitalar, profissionais de saúde (destacadamente médicos), segmentos do complexo industrial da saúde, farmácias, seguros privados e usuários dos serviços.<sup>22</sup> Na Argentina, por características peculiares à formatação do sistema, os embates na política de saúde se dão fundamentalmente pelas relações entre os sindicatos (por meio das obras sociais), o governo e seus organismos, empresas de medicina pré-paga (planos de saúde e prestadores privados de serviços de saúde, o que inclui os médicos e hospitais) e usuários. A agenda específica de medicamentos, por seu turno, relaciona-se com todos os atores envolvidos na arena da

---

<sup>20</sup> DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha**. Volume 1 – Modelos Econômicos de Capitalismo; análise Comparativa dos Ambientes Institucionais de Negócios nos EUA, Alemanha, Coréia do Sul, Espanha, Argentina, México e Brasil, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFMG.P.8.

<sup>21</sup> FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis M. **Política de Saúde: Uma Política Social**. In: GIOVANELLA, I et al (ORG's). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 39; HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy**. Cambridge. Cambridge University Press. 1998. p. 59.

<sup>22</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

saúde, além de laboratórios (por meio de suas câmaras),<sup>23</sup> distribuidoras/droguerias<sup>24</sup> e farmácias.

A regulação da venda e distribuição de medicamentos é aspecto central na organização dos sistemas de saúde. Embora seja o medicamento uma mercadoria de produção, na maior parte dos países capitalistas, fundamentalmente privada, é necessário o aval do Estado para garantir sua circulação. Além disso, o comércio de medicamentos constitui um mercado imperfeito, pois o consumidor final possui apenas uma pequena margem de escolha, uma vez que seu acesso é intermediado pelo profissional da saúde que tem o poder de prescrição. As falhas de mercado relacionadas com o mercado de serviços de saúde e medicamentos, são basicamente associadas à assimetria de informações entre a oferta e o consumidor, e a seleção adversa do medicamento ou serviço de saúde. No caso de medicamentos, o que deve ser observado é a presença do médico como mediador no consumo, reduzindo a soberania do consumidor, a restrição à livre alocação dos fatores decorrentes do sistema de patentes, a presença de barreiras à entrada definidas institucionalmente e não pelo custo dos fatores, a imprevisibilidade de circunstâncias (doenças) que motivam o seu uso, a estrutura de preços única e a inelasticidade da demanda.<sup>25</sup> Assim, a regulação do acesso e comercialização dos medicamentos aparece como elemento importante na organização dos diferentes sistemas de saúde.

Conforme veremos a seguir, o desenvolvimento de tecnologias médicas e drogas cada vez mais específicas, paulatinamente, nos leva a um quadro em que os medicamentos industrializados passam a ser vistos como milagres da ciência moderna, capazes de resolver “velhos” problemas de saúde, nos tornando assim, uma sociedade

---

<sup>23</sup> As câmaras são entidades de representação de laboratórios. Existem três câmaras; Câmara Argentina de Especialidades Mediciniais (CAEMe) que concentra os multinacionais, Câmara Industrial de Laboratórios Farmacêuticos Argentinos (CILFA) e Cooperativa de Laboratórios Argentinos (COOPERALA) que abriga os laboratórios nacionais. Fonte: BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008.

<sup>24</sup> Distribuidoras e droguerias cumprem o papel de distribuição no atacado, ao longo da década de 1990 as droguerias foram perdendo espaço para distribuidoras que se mostraram mais eficientes e menos onerosas. Com dificuldades de reinserção no mercado droguerias têm se especializado na logística de medicamentos para terapias específicas. Fonte: BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008.

<sup>25</sup> ALBUQUERQUE, Eduardo da M; CASSIOLATO, José E. **As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde**: uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o caso Brasileiro. Estudos FESBE, Belo Horizonte, 2000.

medicamentada.<sup>26</sup> Neste cenário, o farmacêutico ocupa uma posição de destaque, pois quando atua profissionalmente recupera parte da soberania do consumidor. Trata-se, de um conjunto de profissionais posicionados de forma estratégica no mercado de medicamentos estabelecendo uma interface entre os médicos e os pacientes. Sua formação autoriza a verificar a prescrição, avaliando dosagens e solucionando possíveis conflitos na interação entre drogas. Além disso, sua familiaridade com as estruturas de preços e a oferta dos variados laboratórios permite assessorar o consumidor na escolha que for mais economicamente viável, dentro de suas necessidades.

Esses e outros fatores intrínsecos à atividade farmacêutica, serão analisados ao longo desse estudo. Importa-nos agora salientar que o desenvolvimento dos processos e atividades da rotina dos farmacêuticos, voltados ao atendimento das necessidades dos pacientes, irão desembocar no recém formulado conceito de “atenção farmacêutica”. Sendo uma noção ainda incipiente, a atenção farmacêutica adquire diversos sentidos e entendimentos aos quais carecem de maiores estudos, até que seja estabelecida uma definição peremptória. Para nós, este conceito será tomado como a prestação de serviços farmacêuticos baseados na Atenção Primária de Saúde centrados mais no paciente, o que envolve a orientação e consulta farmacêutica, a farmacovigilância e o segmento de tratamento farmacológico, além do assessoramento na escolha da marca e de similares, e menos nos medicamentos, de modo promover a integração deste profissional à equipe de saúde.<sup>27</sup>

Na Argentina, as características do sistema de serviços de saúde, com significativa parte do acesso mediado pelo vínculo empregatício, e do mercado de medicamentos caracterizado por diversos mecanismos de descontos na aquisição de medicamentos, bem como as alterações experimentadas pela indústria farmacêutica, as crises econômicas e reformulações políticas da década de 1990, colocaram o farmacêutico no centro das disputas travadas no mercado de medicamentos. Há também de se considerar, as

---

<sup>26</sup> VIANNA, Cid Manso de Mello. **Estruturas do Sistema de Saúde:** do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Médico-Financeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: nº 12, Vol. 2, 2002. p. 379.

<sup>27</sup> Segundo Marina Peduzzi o conceito de “Equipe de Saúde” diz respeito ao trabalho multiprofissional em saúde. A equipe de saúde, ou equipe de assistência ao paciente pode ser encontrada em duas modalidades: equipe de integração e de agrupamento, os critérios para definição dos tipos de equipe irão levar em consideração questões como a comunicação entre os agentes de trabalho, diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados, formulação de um projeto assistencial comum, especificidade de cada área profissional, flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica. Fonte: PEDUZZI, Mariana. **Equipe Multiprofissional de Saúde:** Conceito e Tipologia. *Revista de Saúde Pública*. nº 35. 2001.

mudanças experimentadas pelos profissionais farmacêuticos em todo o mundo, no sentido de reforçar sua participação no atendimento às demandas dos pacientes, buscando uma inserção entre os membros da equipe de saúde, por meio do desenvolvimento da atenção farmacêutica. Daí a importância de se observar o comportamento deste ator, que se coloca como um dos mais atuantes na agenda de saúde argentina durante o período.

Deste modo, no presente trabalho, teremos por objetivo compreender em que medida as mudanças no arranjo político, destinadas a redução de práticas neoliberais e formação de um novo paradigma, se aplicam nas políticas de saúde, de promoção do acesso a medicamentos e na atuação dos farmacêuticos. Buscaremos esclarecer ainda, a forma que essa categoria estabeleceu relações com os demais atores da agenda de saúde e do mercado de medicamentos, quais foram suas pautas e as estratégias adotadas em cada cenário. Acreditamos que, deste modo, poderemos contribuir para aclarar a efetividade ou não de um abandono das práticas neoliberais no âmbito das políticas de saúde, para a compreensão das estruturas do sistema de serviços de saúde naquele país, a estrutura de seu mercado de medicamentos e a forma na qual os diversos atores envolvidos nesses debates se posicionam e interagem.

Para cumprir tal esforço, orientar-nos-emos por uma variada gama de fontes históricas produzidas por estudiosos de diversas áreas, por organismos multilaterais de gestão do capitalismo, organizações internacionais voltadas para o desenvolvimento da economia, da saúde e da atividade farmacêutica, além de documentos ligados ao governo argentino e publicações dos atores envolvidos. A vasta disponibilidade de documentos publicados em meio virtual é de vital importância no desenrolar do presente estudo, a fim de demonstrar e defender suas posições, um variado número de atores políticos mantém endereços eletrônicos onde tornam pública significativa parte da documentação produzida. Todas as fontes históricas em suporte digital que serviram de objeto de análise deste trabalho foram copiadas e salvas em disco rígido.

As opções realizadas pelo governo argentino nos âmbitos das políticas econômicas e das políticas de saúde, estão disponíveis nos endereços eletrônicos de seus ministérios e organismos governamentais. Além disso, os marcos regulatórios como leis, decretos e resoluções das diversas instituições do governo, estão disponíveis no sítio INFOLEG, dedicado a informação legislativa e subordinado ao Ministério da Econômica e Finanças Públicas da Argentina. A voz de nosso ator mais destacado, os farmacêuticos argentinos, será dada por meio dos documentos produzidos pela Confederação

Farmacêutica Argentina (COFA) e seus colégios farmacêuticos provinciais. A principal fonte, nesse sentido, é o periódico o *Correo Farmacéutico*, que se encontra disponível no sítio da instituição. Do mesmo modo, foram visitados e explorados os endereços eletrônicos dos vários atores relacionados nesse trabalho, instituições de representação de médicos, da indústria farmacêutica, distribuidoras e droguerias, obras sociais, prestadores privados de serviços de saúde, entre outros. Logicamente, o uso de seus materiais ocorreu, em maior ou menor escala, de acordo com sua disponibilidade e o interesse de nosso objeto de pesquisa. Devemos ainda, salientar que a voz dos vários atores que se relacionam na agenda de revisão da desregulação econômica será dada primordialmente por meio das fontes produzidas pela Confederação Farmacêutica Argentina (COFA). Nos limites impostos por um trabalho desse vulto, ficamos impossibilitados de buscar fontes que possam dar voz e explicar as motivações de cada um dos atores nos vários assuntos debatidos no interior da coalizão encabeçada pelos farmacêuticos.

No entanto, nem só de documentos virtuais se fizeram nosso trabalho, o suporte teórico dos vários temas tratados ao longo desse estudo foi garantido analisando uma vasta literatura, produzida por destacados estudiosos de várias áreas dando-nos um caráter interdisciplinar. Para a análise da história da Argentina moderna, serão principais referências os historiadores Jose Luis Romero, Luis Alberto Romero, Eduardo Basualdo, Edgardo Colombo, bem como os trabalhos de Emílio Miranda, Cecília Nahon e Aldo Ferrer. Aqui o objetivo é fazer um balanço da trajetória do país, observando trabalhos de diferentes correntes historiográficas. No que tange ao Estado de Bem-Estar Social, Gösta Esping-Andersen, Carlos A. P. Faria e Ignacio Delgado terão destaque. Sobre sistemas e políticas de saúde, serão proeminentes autores como Jacob Hacker, Sonia Fleury, Eduardo Albuquerque e José Cassiolato, Frederico Tobar, Daniel Maceira, Susana Belmartino, Claudia Madies, Rafael Alvarez Gimenez e Geraldo Biasoto Jr. Nesta seara vale apontar que boa parte dos estudiosos analisados, possuem cargos na administração pública argentina ou são importantes consultores de políticas desenvolvidas pelo governo. Na avaliação sobre o mercado de medicamentos e a indústria farmacêutica, serão lembrados nomes como Ginéz González García, Mario Roberto Sosa, José A. C. Barros, Pilar Riccheri, Jorge Katz, Rosa Ana H. de Forgas, Ricardo Peidro, além de publicações do governo argentino, com destaque para o Ministério de Economia e Finanzas Públicas. Por fim, ao que concerne a avaliação sobre os modelos de farmácias e o desenvolvimento da atenção farmacêutica, de modo geral, serão alvo de apreciação um amplo leque de

documentos, Charles Hepler, Linda Strand, Robin Walsh, Tomoko Watanabe, Janet Tang, Subal Basak, Rana Ghazal, Jon Schommer, Jan W. F. Van Mil, Eugene Lutz, Martin Schultuz e Christine Eickhoff, são alguns dos autores que balizaram nosso trabalho. Ainda nessa seara, cabe destacar que os documentos produzidos pelas instituições de representação dos farmacêuticos argentinos foram de grande valia.

O Novo Institucionalismo em sua vertente denominada Institucionalismo Histórico, foi a metodologia selecionada para guiar a produção dos trabalhos. Segundo Peter Hall e Rosemary Taylor, o Neoinstitucionalismo encontrou terreno fértil, a partir dos anos de 1980, buscando elucidar o papel das instituições nas determinações de resultados políticos e sociais. No entanto, tal metodologia não se apresenta como uma corrente de pensamento unificada, pois existem, ao menos, três métodos com imagens diferentes do mundo políticos, a saber: Institucionalismo Histórico, Institucionalismo da Escolha Racional e Institucionalismo Sociológico. O Institucionalismo Histórico é uma perspectiva que objetiva integrar os acontecimentos holísticos ou evolutivos da política, com uma apreciação para o papel das instituições políticas e a importância da sequência histórica. Ali, o conflito entre grupos na busca da apropriação de recursos é central na vida política, porém não dá conta de explicar as situações políticas nacionais e as causas da distribuição desigual de recursos. Essa explicação é encontrada no modo como a organização institucional da comunidade política entra em choque com as estruturas econômicas, selecionando os interesses que serão privilegiados.<sup>28</sup>

No Institucionalismo Histórico, adquire especial importância elementos como a dependência da trajetória e conjunturas críticas. Para Ira Katznelson, a questão da dependência da trajetória não só limita as escolhas futuras, como também, pode precipitar futuras crises e determinar as opções disponíveis. Assim, os resultados institucionais moldam os desenvolvimentos subsequentes estabelecendo novos legados.<sup>29</sup> Já a noção de conjunturas críticas, tem a atenção voltada a momentos de significativa mudança, geralmente estão ligadas ao desenvolvimento de “cadeias causais”, que se formam por meio de “causas cumulativas” que, em seu limite, podem contar com acontecimentos

---

<sup>28</sup> Para compreensão dos pressupostos que orientam as vertentes do Institucionalismo da Escolha Racional e do Institucionalismo Sociológico ver: HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. **As três versões do Neo-Institucionalismo**. Lua Nova, N° 58, 2003.

<sup>29</sup> KATZNELSON, Ira. **Periodization and Preferences: Reflections on Purposive Action in Comparative Historical Social Science**. In.: MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich (Orgs). **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences**. Cambridge University Press. 7ª ed. 2009.

chamados de “efeitos limiares”, esses efeitos irão levar a uma alteração no quadro institucional possibilitando uma nova dinâmica nos processos em curso e na ação dos atores relacionados.<sup>30</sup>

Ainda, segundo Katznelson, instituições são configurações de ideias, elas encarnam fórmulas que ajudam na coordenação do comportamento dentro do institucionalismo. As instituições não são apenas cognições individuais, mas também, identidades sociais, sua ação vai além da atribuição de categorias e organização de classificações, são instrumentos de grande capacidade de distribuição de poder. Essas questões, levam-nos a necessidade da análise de longa duração, pois o Institucionalismo Histórico procura compreender o modo ao qual determinados arranjos institucionais, em locais específicos, foram formados como resultados de desenvolvimentos históricos de longo prazo. Neste sentido, as preferências dos atores são causadas por esses processos históricos. Sven Steinmo e Kathleen Thelen, vão além e afirmam que o Institucionalismo Histórico representa uma tentativa de iluminar como as lutas políticas são mediadas pelos arranjos institucionais nos quais elas ocorrem, trabalhando com uma definição de instituição que inclui tanto o formato da organização, regras informais e condutas de estrutura. Já a definição de Peter Hall, inclui regras formais, procedimentos de conformidade e padrões de operações práticas que estruturam a relação entre indivíduos nas várias unidades de política e da economia.<sup>31</sup>

Para o cumprimento de nossa proposta, buscaremos estabelecer uma narrativa em três etapas, onde: no primeiro capítulo, o objetivo central é identificar o lugar ocupado pelo farmacêutico, sobretudo no que tange a sua pretensa atuação como membro da equipe de saúde no sistema de saúde. Para tal, buscaremos estabelecer uma abordagem histórica do desenvolvimento da prática farmacêutica e suas interfaces. Deste modo, no início estabeleceremos uma breve discussão sobre a definição dos sistemas de saúde. Feito isso, analisaremos alguns modelos de sistema de saúde, destacando a existência ou não de mecanismos de acesso a medicamentos. Também de modo sintético, iniciaremos

---

<sup>30</sup> Para maiores esclarecimentos sobre conceitos como “cadeias causais”, “causas cumulativas” e “efeitos limiares” recomendamos a leitura de: PIERSON, Paul. **Big, Slow-Moving, and...Invisible: Macrosocial Process in the Study of Comparative Politics**. In.: MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich (Orgs). **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences**. Cambridge University Press. 7ª ed. 2009.

<sup>31</sup> THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. **Historical Institutionalism in Comparative Politics**. In.: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank. (Orgs). **Comparative Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis**. Cambridge University Press. 1992.

uma discussão sobre o papel do farmacêutico inserido no sistema de serviços de saúde, construindo uma narrativa do desenvolvimento da prática farmacêutica até os dias atuais, para caracterizarmos a atuação dos farmacêuticos na atualidade. Neste momento, iremos analisar como se dispõe a prática profissional em alguns modelos peculiares, a saber: Estados Unidos, Japão, Rússia, Grã-Bretanha e Alemanha. Por fim, traçaremos uma análise da trajetória dos farmacêuticos atrelada a trajetória dos médicos (em um primeiro tópico) e da indústria farmacêutica (em um segundo momento), caracterizando esses atores e levando em consideração, suas principais interfaces e possíveis pontos de conflito.

Já no segundo capítulo, iremos estabelecer uma breve descrição da trajetória argentina moderna, pontuando análises historiográficas de relevância valendo-se de abordagens tanto pelo viés político, como pelo econômico. Na sequência, colocar-nos-emos a fazer um “sobrevoo” na história do país, destacando os elementos fundamentais de sua trajetória política e econômica. Optamos por iniciar a narrativa na viragem do século XIX para o século XX, devido ser o momento de formação do Estado moderno no país, além de ser o momento em que os farmacêuticos se firmam como uma categoria profissional estabelecida. Acreditamos que, deste modo, poderemos fornecer subsídios para melhor compreensão das próximas etapas deste mesmo capítulo, pois a análise da trajetória do país ajuda a compreender características do sistema decisório, posicionamentos adotados pelos principais atores e a configuração do sistema de saúde. Feito isso, numa segunda etapa, passaremos a uma análise do desenvolvimento do sistema de acesso aos serviços de saúde na Argentina, apontando os momentos de importância na formação de seus atores de maior destaque, bem como, alterações dos marcos regulatórios mais relevantes da agenda. Deste modo, acreditamos ser possível observar como as mudanças no ambiente político e econômico, analisados no início do capítulo, virão a impactar no âmbito da saúde. Ao final desta segunda etapa, apontaremos a disposição atual do sistema de serviços de saúde, identificando a participação e o papel desempenhado por cada um dos atores de maior importância. Por fim, na terceira e última etapa deste capítulo, buscaremos mapear o sistema de serviços de saúde na Argentina, apontando seus principais atores e seus respectivos organismos de representação institucional. Do mesmo modo, apontaremos os principais atores do mercado de medicamentos, especificando suas atribuições e como se inserem nesse mercado que detém importância visceral na atuação dos farmacêuticos. Levantaremos ainda, uma

sucinta análise do marco regulatório voltado para as regras do mercado de medicamentos e serviços de saúde comentando as normativas de maior destaque. Ao longo deste capítulo, sobretudo, durante sua segunda metade, temos um esforço no sentido de descrever a configuração do sistema de serviços de saúde e do mercado de medicamentos na Argentina, reunindo dados sobre os diversos atores envolvidos. Esse esforço, deve-se ao fato de que, essas informações são fundamentais para a compreensão da dinâmica da agenda de saúde. Ainda assim, raramente encontramos estudos que reúnam tais informações, ficando elas dispersas na literatura dedicada à política de saúde. Além disso, estudos dedicados a análise dos atores no interior dos sistemas de saúde são raros, deste modo, pretendemos contribuir para preencher uma lacuna identificada nos recentes estudos na área de saúde.

No terceiro e último capítulo, estabeleceremos um breve debate sobre o menemismo, responsável pela aplicação da agenda neoliberal na Argentina, buscando estabelecer uma definição para seu conceito. Posteriormente, analisaremos seus impactos sobre a economia do país, bem como, sua influência na indústria farmacêutica, na seguridade social e na saúde, além dos efeitos sentidos pelos farmacêuticos. Feito isso, iremos nos debruçar sobre a atuação dos farmacêuticos diante a desregulação econômica, observando suas linhas de ação e estratégias durante o menemismo. Na sequência, verificaremos quais as condições se encontravam os farmacêuticos ao término da política menemista e sua relação com as políticas implementadas mediante o novo arranjo político experimentado a partir de 2002. Serão analisados os posicionamentos dos farmacêuticos frente a temas que se colocaram em destaque na agenda relacionada à saúde e ao mercado de medicamentos, tais como: patentes, modelo de sistema de saúde, de financiamento da saúde, a relação dos farmacêuticos com obras sociais e pré-pagas, os novos programas de acesso à saúde implantados pelo governo e as relações entre farmacêuticos e a indústria de medicamentos. Aqui, o objetivo é compreender como os farmacêuticos, organizados pela COFA, se portam diante das pautas colocadas na agenda durante a mudança de arranjo político.

Na última parte dessa seção, serão abordadas as relações estabelecidas pelos farmacêuticos na busca da revisão do decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica, para o mercado de medicamentos após o encerramento da política menemista. Neste momento, identificaremos os atores relacionados classificando-os em: aliados permanentes, aqueles que desde o princípio dos debates se posicionaram de acordo com

os farmacêuticos; aliados eventuais, aqueles que foram se somando à coalizão ao longo de seu desenvolvimento; e os opositores. Analisaremos também, quais foram as estratégias implementadas pelos farmacêuticos diante desse novo momento político, a saber: reforço da atenção farmacêutica e qualificação profissional, publicidade com denúncias de risco na aquisição de medicamentos fora das farmácias, implementação de legislações provinciais, aliança com membros da equipe de saúde, do mercado de medicamentos e do governo, além da frente parlamentar. A partir daí, analisaremos como se deu a relação entre os farmacêuticos e as instituições de seus aliados, o governo e a burocracia estatal, instituições de representação de interesses farmacêuticos, instituições de membros da equipe de saúde, *droguerias* e o parlamento nacional.

Acreditamos que, dessa forma, teremos condições de avaliar como se formaram as estruturas do sistema de saúde da Argentina, quais as características fundamentais de seu mercado de medicamentos e sistema de serviços de saúde, como se processam as alianças e os debates no interior das arenas mapeadas e, principalmente, como estabelecem as relações entre a estrutura econômica e a disposição da comunidade política em tempos de significativas transformações naquele país, tanto no primeiro momento, com a implantação do programa neoliberal, como no momento em que se buscam novas alternativas frente à crise enfrentada ao final da década de 1990. Neste sentido, podemos tomar que o foco temporal de nosso trabalho se dá a partir de 1991, momento em que o governo Menem reforça a tendência neoliberal que já vinha sendo apresentada no país, fechando ao ano de 2009, quando a coalizão encabeçada pelos farmacêuticos logra a revogação da desregulação econômica para o mercado de medicamentos.

Acreditamos que, desse modo, teremos condições de produzir um trabalho que atenda aos requisitos listados por Ira Katznelson e Barry Weingast, ao afirmarem que o bom trabalho de História, orientado pelo Neoinstitucionalismo Histórico, deve lidar com o modo ao qual o conjunto de regras forma e modela a predileção dos atores, atribuindo preferências, identificando pressões institucionais e possibilidades de ganhar poder, ao ser animado dentro de histórias analíticas convincentes, que oferecem mandados para designar o que os atores querem dentro das condições que eles escolhem. Blocos de construção de preferências, segundo os autores, são formados por interesses, desejos, valores, opiniões... Localizam-se dentro de contextos temporais e espaciais de poder

relativamente focado na designação de preferências dentro do processo de dinâmicas institucionais.<sup>32</sup>

Por fim, resta-nos destacar a relevância crescente dos trabalhos dedicados a História do Tempo Presente, pois a ausência de historiadores nos estudos sobre o presente durante boa parte dos séculos XIX e século XX, foi prejudicial à História e as análises sobre o presente. Daí, a importância de focalizar tais objetos com as lentes e os instrumentos próprios da pesquisa histórica, temas como as trajetórias dos sistemas de saúde, suas alterações decorrentes das pressões para mercantilização das relações sociais, que se associam ao fenômeno da globalização, bem como, das reações aos seus impactos, mormente ao final do século XX, após as crises asiática, russa, brasileira e argentina, têm sido privilégio de sociólogos, economistas, cientistas políticos e pessoas dedicadas ao estudo da administração pública e relações internacionais. Por isso, diversas vezes não se capta a trama que envolve a formação de preferências e escolhas, vinculadas à interação dos diferentes atores envolvidos na sequência de acontecimentos circunscritos pelo ambiente institucional nacional, pelos padrões de interação entre os atores, pela cultura e pelas relações internacionais, identificados em diferentes modelos analíticos. A análise histórica teria muito a contribuir nesta direção, ao levar em consideração os momentos de clivagem que delimitam os momentos das trajetórias e a interação entre os atores no tempo. Sem ela, o conhecimento do tempo presente fica capenga.

Neste sentido, Argentina e Brasil desenvolvem, nas últimas décadas, trajetórias semelhantes. A crise econômica acompanhada da hiperinflação que se abateu sobre estes países na década de 1980, os levou a adotarem na década seguinte, medidas que apontavam a um arranjo institucional neoliberal. A observar por este prisma, temos alguns estudos que estabelecem comparações entre os dois países.<sup>33</sup> Recentemente a indústria farmacêutica e os sistemas de saúde têm alcançado grande destaque nos estudos voltados para área da saúde, no interior da trajetória acima indicada.<sup>34</sup> Contudo, tal destaque,

---

<sup>32</sup> KATZNELSON, Ira; Weingast, Barry R. **Insertions Between Historical and Rational Choice Institutionalism**. Disponível em: <

[https://www.russellsage.org/sites/all/files/katznelson\\_chapter1\\_pdf.pdf](https://www.russellsage.org/sites/all/files/katznelson_chapter1_pdf.pdf)>. Acesso em: 02 set, 2016.

<sup>33</sup> SCHINDLER; Eduardo. **A política externa brasileira no governo Collor: a busca por um novo modelo de atuação internacional**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2010.; BATISTA Jr. Paulo N. Dolarização: Significado e consequências. Revista Econômica. n° 3. Jun. 2000.

<sup>34</sup> ALMEIDA, Célia. **Reforma do Estado e reforma de sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. N° 4 Vol. 2. 1999.; ALBUQUERQUE, Eduardo da M; CASSIOLATO, José E. **As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde: uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o caso Brasileiro**. Estudos FESBE, Belo

contrasta com a ausência de estudos mais específicos, dedicados a analisar a ação dos diferentes atores sociais na construção e trajetória dos diversos formatos dos sistemas de proteção social e assistência de saúde no mundo contemporâneo, nos quais a regulação do acesso a medicamentos cumpre papel fundamental. Em especial, no que se refere à atuação das farmácias e dos farmacêuticos esta lacuna é expressiva. Se considerarmos que em alguns sistemas, como o argentino, o acesso aos serviços de saúde para grande parte da população é mediado pelo vínculo empregatício, levando a um quadro de crescente destaque para as consultas farmacêuticas, sobretudo nos momentos de crise, a ausência de estudos sobre a atuação dos farmacêuticos dificulta uma compreensão mais refinada da trajetória dos sistemas de saúde, em especial, no que tange à regulação do acesso e comercialização de medicamentos.

---

Horizonte, 2000.; MACEIRA, Daniel. **Instituciones sanitarias en un país federal: las obras sociales provinciales en contexto**. In: Serie Seminarios Salud e Política Pública - Seminario, 4. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.; MADIES, Cláudia. **Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga**. 2000.; MEDICI, A. **A desregulação das Obras Sociais: Mais um Episódio da Reforma de Saúde da Argentina... O Que Virá Depois?**. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 48, nº 33, 2002.; BIASOTO Jr, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; DAIN, Sulamis. (Org's). **Regulação do Setor de Saúde nas Américas: As Relações Entre o Público e o Privado Numa Abordagem Sistêmica**. Série Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: 2006.; GADELHA. Carlos A. G. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde: Uma visão Geral**. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2008.; MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofía. **Coordinación y Integración: El Desafío del Sistema de Salud Argentino**. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Area de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

## **1. Capítulo 1 - Sistema de saúde e o papel do farmacêutico.**

O objetivo central deste capítulo é identificar o lugar ocupado pelo farmacêutico, sobretudo no que tange a sua atuação como membro da equipe de saúde no sistema de saúde. Para tal, buscaremos estabelecer uma abordagem histórica do desenvolvimento da prática farmacêutica e suas interfaces. Deste modo, no início estabeleceremos uma breve discussão sobre a definição dos sistemas de saúde. Feito isso, analisaremos alguns modelos de sistema de saúde destacando a existência, ou não, de mecanismos de acesso a medicamentos. De modo sintético, iniciaremos uma discussão sobre o papel do farmacêutico inserido no sistema de serviços de saúde, construindo uma narrativa do desenvolvimento da prática farmacêutica até os dias atuais, para deste modo, caracterizarmos a atuação dos farmacêuticos na atualidade. Neste momento, iremos analisar como se dispõe a prática profissional em alguns modelos peculiares, a saber: Estados Unidos, Japão, Rússia, Grã-Bretanha e Alemanha. Por fim, traçaremos uma análise da trajetória dos farmacêuticos atrelada a trajetória dos médicos (em um primeiro tópico) e da indústria farmacêutica (num segundo momento) caracterizando esses atores e levando em consideração suas principais interfaces e possíveis pontos de conflito.

\*\*\*

Na busca por estabelecer uma definição atualizada para políticas de saúde encontramos diversas proposições, o mesmo acontece ao buscarmos uma definição para os sistemas de saúde. Daniele Sacardo,<sup>35</sup> ao abordar questões sobre uma definição de sistemas de saúde, levanta uma ampla literatura destinada a definir os sistemas de saúde quanto a sistematização dos vários elementos que os compõem. Concluindo que não existe uma terminologia padronizada ou uma metodologia claramente marcante para essa definição. Ainda segundo Sacardo, devemos estabelecer diferenças entre “sistemas de saúde” e “sistema de serviços ou cuidados de saúde”, de acordo com essa definição os “sistemas de saúde” seriam mais abrangentes, resultante de ações entre diversos setores de diferentes sistemas sociais, referindo-se a saúde em um sentido ampliado como manifestação objetiva das condições de vida da população. Já os “sistemas de serviços ou cuidados de saúde”, seriam parte integrante dos sistemas de saúde, com ação restrita as

---

<sup>35</sup> SACARDO. Daniele Pompei. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: Perspectivas para a integração regional.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

instituições prestadoras de serviços internas ao setor.<sup>36</sup> A OMS considera como parte dos sistemas de saúde todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apoiam ações sanitárias, exceto aqueles que têm como objetivo final a educação, define os serviços de saúde como “o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, reestruturar e manter a saúde da população”.<sup>37</sup>

Frederico Tobar considera que sistema de saúde abrange todas as ações que o Estado e a sociedade desenvolvem em saúde, sendo definido como uma resposta social organizada para os problemas de saúde.<sup>38</sup> Assim, os sistemas de saúde devem ser pensados como um conjunto de combinações de três componentes, o político, o econômico e o técnico.<sup>39</sup> Jacob Hacker defende que a configuração do sistema nacional de saúde é influenciada por vários fatores, dentre eles: as estruturas de mercado, ideias políticas, interesses de grupos estratégicos, a opinião pública formada em resposta a políticas de governo, bem como, a prevalência ideológica e econômica de variantes de Estado Social presentes.<sup>40</sup> Tratando-se de respostas sociais, cada ambiente nacional irá responder de forma diferente aos seus problemas de saúde, de acordo com seu sistema institucional que irá conferir o poder dos atores envolvidos.

Os sistemas de saúde ocupam um lugar central no Estado Social,<sup>42</sup> suas primeiras formulações datam dos anos finais do século XIX, quando surgem na Alemanha as primeiras caixas de contribuição compulsória que ampliam a cobertura para casos de doença.<sup>43</sup> A ampliação da seguridade social para casos de doenças ganhou grande aceitação na França e Noruega que aplicaram o benefício em 1905 e 1906, respectivamente.<sup>44</sup> Paulatinamente, a seguridade social amplia a cobertura com vistas a

---

<sup>36</sup> SACARDO, Daniele Pompei. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: Perspectivas para a integração regional.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009. p. 66.

<sup>37</sup> INFORME sobre la Salud en el Mundo; Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. 53ª Asamblea Mundial da Saúde. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. p. 5.

<sup>38</sup> TOBAR, Frederico. **Herramientas para el Análisis del Sector Salud.** Medicina Y Sociedad. Vol. 23, nº 2, 2000. p. 2. Neste estudo Frederico Tobar enumera três dimensões fundamentais para análise do setor de saúde em um país, a saber: suas políticas de saúde, o estado de saúde da população e o sistema de saúde.

<sup>39</sup> TOBAR, Frederico. **El Marco Económico-social de la Desregulación.** Medicina e Sociedad. Buenos Aires. 1998.

<sup>40</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy.** Cambridge. Cambridge University Press. 1998.

<sup>42</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy.** Cambridge. Cambridge University Press. 1998.

<sup>43</sup> OLSSON, Sven. **Models and Countries: the Swedish Social Polity Model in Perspective.** In.: Social Security in Sweden and Other European Countries; Three Essays. Stockholm. 1993. p. 17.

<sup>44</sup> FARIA, Carlos A. P. de. **Uma Genealogia das Teorias e tipologias do Estado de Bem-estar Social.** In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007. p. 56.

manutenção da saúde. Sob os efeitos da Segunda Guerra Mundial, o Estado de Bem-Estar Social inglês (que se desenvolve a partir da década de 1940 associando uma perspectiva humanista à lógica administrativa),<sup>45</sup> tem o sistema de saúde como um de seus principais pilares ao lado do pleno emprego e de padrões de renda mínima.<sup>47</sup> Destaque para seu ineditismo, a criação de um sistema de serviços de saúde com acesso universal foi algo inovador e marcante na trajetória das políticas sociais voltadas ao acesso à saúde, se colocando como um objetivo a ser alcançado por sistemas de saúde de vários países.<sup>48</sup>

Na construção dos sistemas nacionais de saúde, as formas institucionais que conferem maior destaque ao Estado como principal ator nos processos sociais, apresentaram casos onde prevalecem a rede hospitalar pública, com acesso universal e financiada com impostos. O maior exemplo, neste caso, é o *National Health System (NHS)* da Grã-Bretanha, que conta com uma acanhada iniciativa privada em serviços de saúde. No outro extremo, temos sistemas em que prevalecem a medicina liberal e seguros privados, com mínima participação do Estado na estrutura de serviços, o caso paradigmático são os Estados Unidos. Entre os dois extremos, temos diversos modelos de sistemas de saúde em que o acesso aos serviços se dá por intermédio de seguros compulsórios de perfil majoritariamente ocupacional, é o caso do modelo alemão e também do argentino, que veremos mais detalhadamente.<sup>49</sup>

Como podemos observar, os modelos de sistemas de saúde seguem aqueles modelos de Estado Social propostos por Esping-Andersen. Onde o sistema dos Estados Unidos é paradigmático do modelo Liberal, o sistema adotado pela Inglaterra enquadra-se no modelo Socialdemocrata e o modelo Corporativista Conservador encontra equivalência nos sistemas alemão e argentino, além de boa parte dos países latino americanos, como veremos abaixo. No entanto, em alguns casos a configuração institucional conferiu maior poder aos agentes privados, a estratégia desses agentes variou de acordo com o modelo de proteção social formado previamente. No Brasil o sistema é público e universal, no entanto a provisão privada é assegurada sob o conceito de saúde suplementar, apesar de representar importante parcela dos serviços de saúde do país,

---

<sup>45</sup> PEDERSEN, Suzan. **Family, Dependency, and Origins of the Welfare State, Britain and France: 1914 – 1945.** Cambridge. Cambridge University Press. 1993. p. 337.

<sup>47</sup> FARIA, Carlos A. P. de. **Uma Genealogia das Teorias e tipologias do Estado de Bem-estar Social.** In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007. p. 58.

<sup>48</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy.** Cambridge. Cambridge University Press. 1998. p. 57.

<sup>49</sup> DELGADO, Ignácio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica.** 2012.

contando inclusive com contratações do setor público para garantia de atendimento.<sup>50</sup> A provisão de medicamentos é essencialmente privada, no entanto programas governamentais têm cumprido importante papel no acesso aos medicamentos, tanto nas Unidades de Pronto Atendimento, como por meio de descontos em um amplo leque de especialidades nas farmácias privadas, o programa Farmácia Popular.<sup>51</sup>

O sistema espanhol é formado por três componentes: o público, a seguridade social e o privado. O sistema público, é organizado sob a ótica da medicina geral da família e cobre 99,9% da população, com rede hospitalar própria e financiamento majoritariamente público<sup>52</sup>, é coordenado em nível nacional pelo Ministério da Saúde e Consumo que define a legislação sanitária, pacotes de serviços e política farmacêutica. Na seguridade social, encontram-se as mutuais construídas por funcionários públicos. Já os seguros privados, são complementares e atendem cerca de 11,7%, apresentam a característica de possuírem centros de atenção próprios. Outra peculiaridade é que pessoas de altos salários não são obrigados a filiar-se ao sistema nacional de saúde, por decreto real 088/89. Tanto as mutuais como o sistema público oferecem cobertura para medicamentos.<sup>53</sup>

No sistema canadense, ainda que o governo federal forneça o marco legal, a maior parte da cobertura são as províncias que organizam, administram, oferecem serviços, financiam e regulam a atividade dos profissionais. O governo federal fornece cobertura apenas a populações aborígenes, forças armadas e membros do parlamento.<sup>54</sup> Na maioria das províncias a iniciativa privada é vedada de oferecer serviços que dupliquem os programas oficiais, limitam-se a fornecer serviços alternativos e competirem entre si.

---

<sup>50</sup> ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro**. Ciência & Saúde Coletiva. 2008; BOTARO. Nittina. **Saúde e Mercado: Uma Análise da Atuação da ANS no Financiamento do Mercado de Planos e Seguros Privados de Saúde no Brasil**. 2012. Dissertação. (Mestrado em História). Programa de Pós-graduação em História. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

<sup>51</sup> Portal da Saúde – SUS. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/l1-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>52</sup> **Sistema de Saúde** Espanhol é Apresentado na ENSP. Disponível em:<<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/19454>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>53</sup> MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofia. **Coordenación e Integración: El Desafio del Sistema de Salud Argentino**. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Area de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

<sup>54</sup> MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofia. **Coordenación e Integración: El Desafio del Sistema de Salud Argentino**. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Area de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

Quanto a provisão de medicamentos, metade do custeio é privado, seguros privados de saúde e as províncias oferecem cobertura ou descontos em diversos tipos de situações.<sup>55</sup>

Em um vigoroso esforço, pesquisadores argentinos levantaram informações sobre a configuração, trajetória, atores, financiamento, entre outros elementos, dos sistemas de saúde de 17 países da América Latina, a saber: Argentina, Bolívia, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Chile, Equador, EL Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai, além dos Estados Unidos e Canadá.<sup>56</sup> O que se verifica, ao confrontarmos os modelos de serviços de saúde, é que o padrão mais comum na região é aquele composto por três subsetores: público, privado e seguridade social. O acesso aos serviços na seguridade social é mediado pela participação no mercado formal de trabalho e financiado por contribuições de empregadores e empregados, o subsetor público se encarrega de estender a cobertura aos grupos marginalizados valendo-se de impostos gerais, e a iniciativa privada abarca segmentos de maior renda e presta serviços aos entes dos primeiros subsetores.

A abrangência de cada um dos subsetores apresenta grande variação. No entanto, nos países onde o subsetor público é mais forte temos maior universalidade do sistema. A presença da iniciativa privada varia, em boa medida, de acordo com o potencial econômico e arranjo político do país, são os casos do Brasil, Costa Rica, Cuba, Paraguai e Peru. Onde o seguro social predominou, podemos ter sistemas nacionais ou não, nos países com seguridade social forte e descentralizada (sem um sistema nacional, ficando organizado em nível provincial), podemos encontrar diversos sistemas entrelaçados, via de regra, a desigualdade de acesso e a maior presença do setor privado na prestação de serviços para a seguridade social, são características marcantes. Temos, neste caso, os exemplos da Argentina, Uruguai, México e Colômbia (neste último, temos seguradoras públicas e autônomas, de um lado, e seguradoras privadas, de outro). Existem também, casos onde predomina a seguridade social convivendo com uma forte coordenação em um sistema nacional, El Salvador é um exemplo onde além de um sistema nacional, a administração do seguro social é feita pelo Estado.

Durante os anos finais da década de 1980 e princípio de 1990, a presença de reformas direcionadas a desregulação e inserção de mecanismos típicos de mercado foi uma constante em quase todos os países analisados, sobretudo onde a seguridade social

---

<sup>55</sup> POLITI, Pedro M. **Salud Canadense: Sistema Nacional de Salud en Canadá, con Enfoque en los Programas de Cáncer**. Buenos Aires. 2002.

<sup>56</sup> TOBAR, Frederico. **Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina**. Fundación ISALUD. 1997.

ocupa lugar de destaque. A iniciativa privada, em suas muitas modalidades, seja na oferta direta de serviços ou prestação de seguros de saúde, emergiu como um novo ator e adquiriu grande espaço. No entanto, em nenhum dos casos observamos sistemas onde a medicina privada impera sem a presença de seguros sociais ou do Estado como intermediários, como o exemplo dos Estados Unidos. Quanto a provisão de medicamentos, via de regra se dá por custeio do próprio usuário. Os programas públicos de distribuição de medicamentos se mostram frágeis e a cobertura oferecida tanto pelos planos de saúde, como pela seguridade social é acanhada. Em toda a região, a inserção do farmacêutico como membro da equipe de saúde é debilitada, atuando em maior escala no comércio de medicamentos via farmácia comunitária privada. No entanto, é importante frisar que o comércio de medicamentos fora de farmácias ocorre às margens da legislação, em nenhum dos casos estudados foi detectado exemplo semelhante ao argentino, onde a legislação avaliza o comércio de medicamentos fora do ambiente da farmácia.<sup>57</sup>

### **1.1. O farmacêutico e os atores do sistema de saúde.**

Os sistemas de serviços de saúde, dada sua grande capacidade de alcance, complexidade, centralidade no Estado Social e volume de capital empregado, atraem uma série de atores com as mais variadas finalidades, formando inúmeras possibilidades de coalisões afim de alcançar seus objetivos.<sup>58</sup> Para Frederico Tobar,<sup>59</sup> todos os sistemas de saúde envolvem atores que desempenham regras e assumem objetivos próprios. No entanto, a quantidade e variedade de atores, bem como as normas inseridas nestes sistemas, ou seja, seus aspectos organizativos, é que determinaram sua complexidade. Ignacio Delgado,<sup>60</sup> ao identificar os atores diretamente ligados a operação desses sistemas explicita que: o *governo*, tem sua atuação circunscrita pelo ambiente macroeconômico e dependência da trajetória desenvolvida na formação do sistema, além de perspectiva ideológicas; a *burocracia pública da saúde*, que tem organização diretamente ligada às formas adotadas pelos sistemas de saúde, tende a atuar pela defesa do caráter público do sistema; a *rede hospitalar*, apresenta interesse em temas ligados ao financiamento público

---

<sup>57</sup> TOBAR, Frederico. **Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina**. Fundación ISALUD. 1997.

<sup>58</sup> HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy**. Cambridge. Cambridge University Press. 1998.

<sup>59</sup> TOBAR, Frederico. **Herramientas para el Análisis del Sector Salud**. Medicina Y Sociedad. Vol. 23, nº 2, 2000.

<sup>60</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

e a regulamentação de sua atuação; *médicos e demais profissionais da área*, possuem grande capacidade de afetar a estrutura dos serviços e a demanda por medicamentos, estão atentos à regulamentação da profissão e aos debates sobre a remuneração da atividade; o *complexo industrial da saúde*, apresenta vários segmentos, em um deles se inscreve a indústria farmacêutica, ente ao qual teremos de avaliar mais detalhadamente a seguir, neste grupo estão fornecedores de insumos e equipamentos para o sistema, adotam estratégias comerciais em que, geralmente, envolvem relações com médicos, hospitais e agentes de distribuição de medicamentos (notadamente farmacêuticos), buscam também influir nas arenas voltadas às políticas regulatórias e compras governamentais; os *seguros privados*, são especialmente atentos a forma como o governo regulamenta sua atuação; por fim, os *usuários dos serviços*, são todos virtualmente interessados por todos os temas e agendas do sistema de saúde, porém apresentam grande segmentação e dificuldade de organização, são também os mais afetados pela assimetria de informação que envolve o uso de medicamentos e serviços de saúde.

Dentro desse contexto, a partir da década de 1970, na busca por maior eficiência nos sistemas de saúde, ocorre uma reação das organizações internacionais voltadas para a proteção à saúde, no sentido de incentivar o fortalecimento de estruturas voltadas para a assistência primária à saúde.<sup>61</sup> Neste sentido, abre-se um cenário favorável a redução do hiato entre a atuação dos farmacêuticos e as estruturas dos sistemas de serviços de saúde, favorecendo a sua inserção como um dos agentes encarregados do atendimento primário aos pacientes, gerando um sistema de serviços de saúde onde o farmacêutico pode ser tomado como um membro da equipe de saúde, e não apenas como um ente do mercado de medicamentos. Entidades de representação da categoria têm despendido grande esforço neste sentido e logrado êxito, maior ou menor, devido às variadas configurações de sistemas de saúde nos diversos ambientes nacionais.

Os farmacêuticos, como dito, têm buscado se inserir cada vez mais como atores do sistema de serviços de saúde, em sua atuação são capazes de recuperar parte da soberania do consumidor, reduzindo assim, a assimetria de informações sobre o uso de medicamentos. Comumente, esses profissionais possuem a exclusividade do comércio de medicamentos sob seu controle, que pode ser inibido ou incentivado por programas de acesso gratuita à medicamentos. Deste modo, tal como a indústria farmacêutica, os profissionais de farmácias parecem ser indiferentes aos formatos de sistemas de proteção

---

<sup>61</sup> PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud. Versão 4, Jun, 2011. p. 14.

social e atendimento à saúde, uma vez que predominam empresas privadas na oferta de medicamentos.<sup>62</sup> Neste sentido, em 1991, com o decreto de desregulação econômica, a Argentina rompe com esse modelo e os farmacêuticos passam a amargar uma progressiva perda de rentabilidade de seu negócio.

Ao longo do século XX, o desenvolvimento de tecnologias voltadas para área da saúde é marcante, ao ponto de colocar os remédios juntamente com equipamentos médicos na qualidade de um insumo vital para a intervenção de saúde, paulatinamente nos tornamos uma sociedade “medicamentada”. Sobretudo, nas últimas décadas do século XX, essa tecnologia implicou em uma elevação dos gastos com saúde, momento em que a busca pela eficiência e redução dos custos se coloca na ordem do dia.<sup>63</sup> A atuação dos farmacêuticos vem em sintonia com essas tendências, para se adequar as novas realidades, essa profissão tem sofrido grandes transformações em suas práticas, esferas de atuação e escopo de tratamento. Abaixo, traçaremos uma breve análise da trajetória desenvolvida pelos farmacêuticos e a forma como se desenrola sua atuação.

### **1.1.1. História da Prática Farmacêutica.**

Atualmente, a prática farmacêutica encontra-se fortemente atrelada a indústria do setor. No entanto, podemos falar de práticas farmacêuticas muito antes dos medicamentos adquirirem capacidade de produção em larga escala. Trata-se de um ofício de longa tradição e que tem sofrido diversas transformações adequando-se às necessidades e às inovações tecnológicas. Em 1240, o Imperador Frederico II, do Sacro Império Romano, pela primeira vez, separou claramente as atividades farmacêuticas das atividades médicas. Antes, já em 1095, havia se iniciado nas universidades europeias uma educação formal que incluía estudos sobre produtos médicos. Em Paris, no ano de 1576, Nicolas Houels iniciou a educação farmacêutica no curso de medicina, baseada na abordagem científica de produtos à base de ervas, porém, apenas em 1777, foi estabelecida a escola de farmácia.<sup>64</sup> Ao longo do século XIX, os farmacêuticos avançaram no estabelecimento da profissão, criando estruturas educacionais voltadas para o desenvolvimento científico,

---

<sup>62</sup> DELGADO, Ignácio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

<sup>63</sup> DELGADO, Ignácio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

<sup>64</sup> WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacists' Activities and Pharmacy Education: Based on Those in the English Speaking Western Countries**. The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p. 284.

contribuindo na formação de marcos institucionais da regulamentação da profissão e ganhando prestígio social.<sup>65</sup>

Com o desenvolvimento da moderna indústria de medicamentos, o ofício do farmacêutico dividiu-se entre aqueles voltados para a manipulação de compostos e produção em pequena escala e aqueles, em maior número, que se dedicaram ao trabalho com medicamentos industrializados, seja atuando na indústria produzindo medicamentos, ou atuando em farmácias na distribuição. Assim, a atuação profissional se consolidou com tarefas relacionadas a uma dupla orientação. A aquisição, custódia, armazenamento e conservação de matérias-primas, especialidades e produtos sanitários, são atividades voltadas para os medicamentos. Já o fornecimento, a orientação e consulta farmacêutica, a farmacovigilância e o segmento de tratamento farmacológico, são considerados atividades voltadas ao paciente.<sup>66</sup> Atualmente, os farmacêuticos podem operar em laboratórios para a produção de medicamentos, na indústria e em farmácias, sejam elas comunitárias ou hospitalares. As farmácias, por sua vez, agregam as principais categorias de farmacêuticos, os farmacêuticos hospitalares e comunitários, onde os farmacêuticos comunitários representam a esmagadora maioria dos farmacêuticos na atualidade.<sup>67</sup>

As farmácias comunitárias podem ser públicas, privadas ou uma combinação das duas formas. A farmácia comunitária é, por excelência, o ambiente do farmacêutico, trata-se do estabelecimento voltado para a venda de medicamentos no varejo e serviços farmacêuticos,<sup>68</sup> reúnem a maior parte dos farmacêuticos constituindo seu principal ambiente de trabalho e, por essas características, receberá atenção especial neste trabalho. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),<sup>69</sup> seus serviços podem ser mais restritos ou mais extensos de acordo com o sistema de saúde adotado. Adicionamos que, não só a estrutura de serviços de saúde molda os limites da atuação do farmacêutico

---

<sup>65</sup> SONNEDECKER, Glenn. **Kremer's and Urdang's: History of Pharmacy**. American Institute of the History of Pharmacy, 1986. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=r\\_FmMNS7qIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=r_FmMNS7qIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>66</sup> **Consenso Sobre Atenção Farmacéutica**. Ministerio de Sanidad, Sevicios Sociales e igualdad. Governo da Espanha. 2002.

<sup>67</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of Pharmacist in the Health Care System**. Report of a WHO Consultative Group. New Delhi: dez, 1988.

<sup>68</sup> Nos limitaremos aqui a análise deste segmento da categoria por se tratar do foco das disputas travadas pelo Confederação Farmacêutica Argentina (COFA), justamente devido ao fato de agregar o maior número de profissionais e, conseqüentemente, maior volume de capital. Farmacêuticos alocados neste segmento também desenvolvem um grande debate no que tange aos serviços de Atenção Primária da Saúde em diversos sistemas de serviços de saúde.

<sup>69</sup> PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. Versão 4, Jun, 2011. p. 55.

comunitário, devemos levar em conta as pressões do mercado e a ação de outros atores. No entanto, as farmácias comunitárias públicas ou privadas são, antes de tudo, estabelecimentos de saúde.<sup>70</sup>

Na literatura dedicada ao estudo da atuação dos farmacêuticos comunitários, abundam afirmações no sentido de que os farmacêuticos comunitários são o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, por vezes, o único disponível.<sup>71</sup> Nos países em desenvolvimento, com frequência, o acesso a serviços médicos é restrito e o farmacêutico pode ser tomado como a primeira opção, o mesmo se repete nas áreas rurais da Europa.<sup>72</sup> Na África, de um modo geral, os farmacêuticos são os primeiros a serem chamados nos tratamentos, nas áreas rurais podem ser a única opção. Em Gana, são reconhecidos como primeiro ponto de escala na identificação de DST's. Em Singapura, devido a menor oferta de farmacêuticos, estudos identificaram que a busca por uma consulta com o profissional ocorre geralmente após o medicamento não ter surtido o efeito esperado.<sup>73</sup> Na Índia, destacam-se as consultas de pacientes que buscam informações sobre DST's, métodos contraceptivos e tratamentos para doenças menores.<sup>74</sup>

Em sistemas de saúde organizados segundo a lógica da seguridade social, assim como na Argentina, ao afiançar o acesso por vínculo empregatício obriga aos desempregados e trabalhadores informais a buscarem a medicina pré-paga ou consultas particulares. Neste sentido, a consulta com o farmacêutico se torna a alternativa mais econômica, buscada principalmente em casos de males menores. Sendo a oferta de medicamentos desregulada, o paciente perde em qualidade da prescrição (uma vez que

---

<sup>70</sup> PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. Versão 4, Jun, 2011. p.55.

<sup>71</sup> GHAZAL, Rana et al. **Barriers to Implementation of Pharmaceutical Care into the UAE Community Pharmacies**. IOSR Journal of Pharmacy. Vol 4, Mai, 2014.; WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacist's Activities and Pharmacy Education: Based on Those in the English Speaking Western Countries**. The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p.282; SCHOMMER, Jon et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System**. Innovations in Pharmacy. nº 1, Vol. 1, 2010; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. Versão 4, Jun, 2011; AVALARE HEALTH LLC. **Exploring Pharmacist's Role in a Changing Healthcare Environment**. mai. 2014; TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden**. UPPSALA Universitet. 2008; **Consenso Sobre Atenção Farmacéutica**. Ministerio de Sanidad, Sevicios Sociales e igualdad. Governo da Espanha. 2002.

<sup>72</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of Pharmacist in the Health Care System**. Report of a WHO Consultative Group. New Delhi: dez, 1988.

<sup>73</sup> TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden**. UPPSALA Universitet. 2008.

<sup>74</sup> BASAK, Subal C; SATHYANARAYANA, Dondeti. **Community Pharmacy Practice in India; Past, Present and Future**. Southerly Med Review; An International Journal to Promote Pharmaceutical Policy Research. nº 2, Vol. 1, Abr, 2009.

não há outro profissional capacitado para verificar a medicação recebida), perde também em garantia de procedência do medicamento e não lhe é assegurado que todas as especificidades do tratamento medicamentoso serão prestadas, em suma, no mercado desregulado de medicamentos não existe atenção farmacêutica.

Em muitos países, os farmacêuticos são vistos como meros dispensadores de medicamentos, a farmácia é vista como o estabelecimento onde a medicação é fornecida, a medicação de venda livre pode ser adquirida juntamente com artigos de higiene pessoal, e o “farmacêutico é a pessoa que fornece”.<sup>75</sup> No entanto, “a prática da atenção farmacêutica não consiste apenas em dispensar a medicação, mas também assumir a responsabilidade por fornecer resultados de qualidade aos pacientes”.<sup>76</sup> Para o cumprimento de tal função, os farmacêuticos são singularmente qualificados, pois compreendem os princípios aplicados à medicina, compreendem os meandros da cadeia de distribuição de medicamentos e os princípios de manutenção eficiente de estoques, possuem familiaridade com a estrutura de preços, possuem conhecimentos técnicos dos produtos para fornecerem informações avançadas aos pacientes com doenças menores e aqueles que estão em terapia de manutenção para tratamento de enfermidades crônicas. Neste sentido, os farmacêuticos são os únicos capazes de realizarem uma interface entre a prescrição e a venda de medicamentos, sanando algum conflito que possa existir.<sup>77</sup>

Os conhecimentos avançados dos farmacêuticos são uma fonte importante de informação diante de propriedades medicinais cada vez mais sofisticadas. Sua atuação é fundamental no auxílio aos pacientes, aplicando a legislação de farmacovigilância, favorecendo ao uso racional e controle dos medicamentos. Neste sentido, surgem elaborações da Atenção farmacêutica como um conjunto de práticas e normas voltadas principalmente para os medicamentos. O conceito de farmácia clínica, embrião do que viria a se tornar a Atenção farmacêutica, surge nos Estados Unidos na década de 1960. A *American College of Clinical Pharmacy* a definiu como uma disciplina das ciências de saúde na qual os farmacêuticos provêm atenção aos pacientes otimizando a terapia medicamentosa, prevenindo de enfermidades e provendo saúde e bem-estar.<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden.** UPPSALA Universitet. 2008. p.6.

<sup>76</sup> GHAZAL, Rana et al. **Barriers to Implementation of Pharmaceutical Care into the UAE Community Pharmacies.** IOSR Journal of Pharmacy. Vol 4, Mai, 2014. p. 68.

<sup>77</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of Pharmacist in the Health Care System.** Report of a WHO Consultative Group. New Delhi: dez, 1988. p. 2.

<sup>78</sup> AMERICAN COLLEGE CLINICAL PHARMACY. **The Definition of Clinical Pharmacy.** Pharmacotherapy. nº 28. Vol. 6. 2008. p. 816.

Posteriormente, a criação dos conceitos básicos de atenção primária de saúde na Conferência de Alma-Ata em 1978, potencializa a transição do foco dos farmacêuticos das atividades voltadas para os medicamentos em direção as atividades direcionadas para os pacientes. Diversos eventos internacionais são realizados com o apoio a OMS, a fim de tratar de questões relacionadas ao uso racional e o acesso aos medicamentos, em que num primeiro momento trabalhou-se com a perspectiva de promover acesso a medicamentos, sem ter um conceito apropriado de serviços farmacêuticos.<sup>79</sup>

Apenas em 1990, Charles Hepler e Linda Strand definiram um conceito para a atuação do farmacêutico voltada às necessidades do paciente, estabelecendo o que chamaram de atenção farmacêutica (ou assistência farmacêutica, do inglês *Pharmaceutical Care*), como sendo o fornecimento responsável da terapia medicamentosa com a finalidade de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente.<sup>80</sup> Em 1993, o conceito de Atenção farmacêutica foi adotado como padrão pela OMS na Conferência de Tóquio.<sup>81</sup> A partir daí, diversas propostas foram criadas para o conceito de Atenção farmacêutica. Contudo, é possível estabelecer uma sintaxe padrão focada no provedor, paciente, medicação e resultados com base nas atividades de aconselhamento, revisão da medicação e monitoramento com relato dos problemas.<sup>82</sup> Neste sentido, podemos tomar que, em uma perspectiva histórica, os conceitos propostos possuem uma diferente orientação. Inicialmente tendo como finalidade as atividades voltadas para o medicamento, posteriormente tomando o medicamento como insumo de saúde voltado para os tratamentos curativos e, por fim, entendendo o medicamento para melhoria da qualidade de vida com a atenção farmacêutica voltada para atividades centradas no paciente.<sup>83</sup>

O reconhecimento do papel do farmacêutico focado nos cuidados com o paciente, em detrimento ao seu papel tradicional de fornecedor de medicamentos, ocorrido nos

---

<sup>79</sup> PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. Versão 4, Jun, 2011. p. 14.

<sup>80</sup> HEPLER, Charles D; STRAND, Linda M. **Opportunities and Responsibilities in the Pharmaceutical Care**. American Journal of Hospital Pharmacy. Vol. 47, 1990.

<sup>81</sup> WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacistis' Activities and Pharmacy Education: Based on Those in the English Espeaking Western Countries**. The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p. 283.

<sup>82</sup> ALLEMANN, Samuel S. et al. **Pharmaceutical Care: The PCNE Definition 2013**. Jun. 2014. p. 12.

<sup>83</sup> PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud**. Versão 4, Jun, 2011. p. 19.

últimos anos, agrega valor ao profissional e avaliza sua entrada na equipe de saúde.<sup>84</sup> Com a finalidade de garantir este espaço na área de saúde, a partir do foco no paciente, a profissão de farmácia passou por várias reformas, tanto no ensino, como em sua prática cotidiana.<sup>85</sup> Parece que a evolução da profissão levou a um ponto em que devem ser adotadas novas funções, uma vez que, seus papéis tradicionais estão sendo ocupados por outros trabalhadores, sistemas e tecnologias.<sup>86</sup> Ghazal e Hassan apontam que diversos estudos recentes confirmaram que os aconselhamentos aumentam a reputação e as vendas das farmácias,<sup>87</sup> Janet Tang, a partir de pesquisas realizadas em países da Ásia e da África, defende que onde os farmacêuticos menos se diferenciaram de seu papel tradicional são maiores os índices que os consideram como orientados para os negócios, comprometendo a confiança dos pacientes e os afastando do papel de entes de serviços de saúde.<sup>88</sup> Por mais que os farmacêuticos tenham empreendido grandes esforços para afastarem da imagem tradicional e tornar-se parte integral da equipe de saúde, ainda não se afirmou entre as sociedades uma nítida compreensão de seu valor.<sup>89</sup> Diversos estudos têm apontado a necessidade da atenção farmacêutica, mas seus resultados ainda não têm sido satisfatoriamente demonstrados em meios acadêmicos de destaque, o que afetará sua aceitação entre outros provedores da saúde.<sup>90</sup>

Embora estejamos tratando de uma categoria que aprofunda sua área de atuação a passos largos e dispõe de uma conjuntura favorável à sua expansão, ainda existem muitas assimetrias em seus referenciais conceituais e na sua prática. O termo “*Pharmaceutical Care*” suscita diferentes interpretações. Nos Estados Unidos o termo é voltado para resultados clínicos e econômicos; na Grã-Bretanha o termo é usado em todo o processo, apenas recentemente foi focado no paciente. Trata-se de um termo relativamente novo e que carece ainda de mais publicações a respeito. No entanto, este termo tem se

---

<sup>84</sup> WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacists' Activities and Pharmacy Education: Based on Those in the English Speaking Western Countries.** The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p. 283.

<sup>85</sup> SCHOMMER, Jon. et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System.** Innovations in Pharmacy. nº 1, Vol. 1, 2010. p. 2.

<sup>86</sup> SCHOMMER, Jon. et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System.** Innovations in Pharmacy. nº 1, Vol. 1, 2010. p. 2.

<sup>87</sup> GHAZAL, Rana et al. **Barriers to Implementation of Pharmaceutical Care into the UAE Community Pharmacies.** IOSR Journal of Pharmacy. Vol 4, Mai, 2014. p. 69.

<sup>88</sup> TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden.** UPPSALA Universitet. 2008. p. 25.

<sup>89</sup> TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden.** UPPSALA Universitet. 2008. p. 31.

<sup>90</sup> VAN MIL; Jan Willem Foppe. **Pharmaceutical Care: The Future of Pharmacy; Farmaceutische Patiëntenzorg; Theory, Research, and Practice.** Riksuniversiteit Groningen. 1999. p. 168.

consolidado paulatinamente na descrição de serviços clínicos de farmácia.<sup>91</sup> Para nós, este conceito será tomado como a prestação de serviços farmacêuticos baseados na Atenção Primária de Saúde centrados mais no paciente (o que envolve a orientação e consulta farmacêutica, a farmacovigilância e o segmento de tratamento farmacológico, além do assessoramento na escolha da marca e de similares) e menos nos medicamentos, de modo promover a integração deste profissional na equipe de saúde.

#### 1.1.1.1. A Atuação dos Farmacêuticos pelo Mundo.

Como dito anteriormente, a área de atuação do farmacêutico é limitada pela estrutura de serviços de saúde e seus marcos regulatórios, mas também por pressões de mercado e a ação dos demais atores relacionados. Combinados, estes elementos, vão orientar as preferências a e atuação dos farmacêuticos nos ambientes nacionais. Neste momento histórico de reformulação das funções do farmacêutico, com as disparidades nas suas funções por todo o mundo, o papel que o farmacêutico joga tem sido vago.<sup>92</sup> Neste sentido, a *International Pharmaceutical Federation* (FIP)<sup>93</sup> tem trabalhado juntamente com associações nacionais afiliadas, no intuito de construir sistemas farmacêuticos avançados com regulações específicas, com estruturas econômicas e educacionais, a fim de delimitar o papel do farmacêutico como um agente do sistema de serviços de saúde. No entanto, mesmo entre membros da FIP encontramos disparidades. A China possui a maior representação na entidade, mas carece de definições para o farmacêutico e técnicas de farmácia, a farmácia comunitária chinesa mistura a medicina ocidental e a medicina tradicional chinesa.<sup>94</sup> A farmácia comunitária chinesa é praticada principalmente em hospitais, que são centros de atenção primária, e possuem certamente uma farmácia de medicina ocidental, em alguns casos também uma farmácia de medicina tradicional chinesa.<sup>95</sup> O México, que possui *status* de observador na FIP, dispõe de um

---

<sup>91</sup> VAN MIL; Jan Willem Foppe. **Pharmaceutical Care: The Future of Pharmacy; Farmaceutische Patiëntenzorg; Theory, Research, and Practice.** Riksuniversiteit Groningen. 1999. p. 161.

<sup>92</sup> TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden.** UPPSALA Universitet. 2008. p. 2.

<sup>93</sup> A *International Pharmaceutical Federation* (FIP) é uma organização não governamental fundada em 1912 agrupando um conjunto de vinte países europeus, atualmente reúne 132 organizações nacionais (inclusive a Confederação Farmacêutica Argentina), instituições acadêmicas e membros individuais. Desde 1948 tem sido representante oficial dos farmacêuticos junto à Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalhando para apoiar o desenvolvimento da profissão de farmácia.

<sup>94</sup> FLETT, Gavin. **International Pharmacy: A Traveller's Perspective.**

<sup>95</sup> LUTZ, Eugene M et al. **Pharmacy Practice Around the World.** Journal of American Pharmacist Association. Association Report. Vol. 49, nº 1, jan-fev, 2009.

corpo de farmacêuticos e uma estrutura educacional para a formação profissional. Mas, ainda possui poucas leis regulando a venda de medicamentos de prescrição.<sup>96</sup>

Nos Estados Unidos, a farmácia sofreu uma transposição para o supermercado, o que muda a dinâmica da experiência farmacêutica retirando a possibilidade de um serviço personalizado. Ainda que existam farmácias comunitárias, elas são poucas, pois trata-se de um modelo voltado para a redução de custos.<sup>97</sup> Demais serviços de saúde incorporam os cuidados farmacêuticos conduzidos por forças econômicas, ainda assim a maioria dos farmacêuticos no Estado Unidos trabalham no modelo de distribuição da farmácia comercial.<sup>98</sup> De olho na introdução do farmacêutico no sistema de saúde, recentemente o país realizou modificações na educação profissional do farmacêutico aumentando o treinamento e residência para criar competências que aumentem a capacidade do profissional de farmácia para assumir responsabilidade e otimizar o uso da medicação dentro do sistema de saúde.<sup>99</sup>

No Japão, a atuação do farmacêutico é bem restrita, não pela medicina tradicional, mas por marcos institucionais desfavoráveis à farmácia comunitária. O Japão admitiu o farmacêutico como autoridade no fornecimento de medicamento ainda em 1874. Contudo, em contraste com a educação farmacêutica ocidental, no Japão, estes profissionais são voltados para a pesquisa química.<sup>100</sup> A liberdade dos médicos para prescreverem e fornecerem a medicação para parte dos pacientes, faz com que os farmacêuticos comunitários tenham de oferecer serviços além do fornecimento da medicação.<sup>101</sup> A situação se torna ainda mais desfavorável devido ao fato de ser vedado ao farmacêutico japonês a substituição do medicamento receitado, pelo genérico ou

---

<sup>96</sup> LUTZ, Eugene M et al. **Pharmacy Practice Around the World**. Journal of American Pharmacist Association. Association Report. Vol. 49, nº 1, jan-fev, 2009.; FLETT, Gavin. **International Pharmacy: A Traveller's Perspective**.

<sup>97</sup> FLETT, Gavin. **International Pharmacy: A Traveller's Perspective**.

<sup>98</sup> VAN MIL; Jan Willem Foppe. **Pharmaceutical Care: The Future of Pharmacy; Farmaceutische Patiëntenzorg; Theory, Research, and Practice**. Riksuniversiteit Groningen. 1999. p. 163.

<sup>99</sup> SCHOMMER, Jon et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System**. Innovations in Pharmacy. nº 1, Vol. 1, 2010.

Para mais informações sobre a prática farmacêutica nos Estados Unidos ver também: **Scope of Contemporary Pharmacy Practice; Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy technicians**. Council on Credentialing in Pharmacy, Washington: fev, 2009.

<sup>100</sup> WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacists' Activities and Pharmacy Education: Based on Those in the English Speaking Western Countries**. The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p. 284.

<sup>101</sup> VAN MIL; Jan Willem Foppe. **Pharmaceutical Care: The Future of Pharmacy; Farmaceutische Patiëntenzorg; Theory, Research, and Practice**. Riksuniversiteit Groningen. 1999. p. 165.

similar e nem mesmo permitida a replicação da receita. Sem poder prestar consulta aos pacientes, o farmacêutico se limita a fornecer o medicamento conforme receitado.<sup>102</sup>

Na Rússia, a indústria farmacêutica nacional não possui capacidade de atendimento a demanda. Assim, além de medicamentos importados, principalmente da Europa central, a manufatura doméstica de medicamentos é significativa. As farmácias comunitárias podem ser públicas (geridas pelo governo local ou regional) ou privadas. Por força de lei, farmácias públicas prestam atendimento médico gratuito a segmentos da população, elas fornecem cerca de 50% da medicação no país. Os medicamentos genéricos vendidos no país podem ser importados dos EUA ou da Índia, sem a necessidade de confirmação de compatibilidade. Medicamentos de prescrição podem ser renovados pelos farmacêuticos e medicamentos de venda livre não podem ser dispensados sem consulta a este profissional. A educação farmacêutica na Rússia é dividida em dois grupos: o primeiro deles são os tradicionais farmacêuticos comunitários que possuem o poder de prescrição; o segundo, é formado por químicos que preparam muitas medicações.<sup>103</sup>

No Reino Unido, a atenção farmacêutica encontra-se mais desenvolvida, os farmacêuticos comunitários podem replicar receitas, dispõem de genéricos e similares. Também podem prover programas contra tabagismo e obesidade, sendo pagos pelo sistema público por esses serviços. O sistema público de saúde, o *National Health System* (NHS), custeia 85% da medicação.<sup>104</sup> Desde 2004, em um movimento inicial de reforma do NHS, farmacêuticos habilitados podem prescrever classes de medicamentos, são os chamados prescritores suplementares. Em 2008, o Departamento de Saúde colocou os profissionais de farmácia oficialmente como provedores de atenção primária expandindo seus papéis.<sup>105</sup> O problema enfrentado pelos farmacêuticos ingleses é resultado do avanço das redes de farmácias. Ao longo da década de 1990, os farmacêuticos foram deixando de ser proprietários de suas próprias farmácias e o segmento das farmácias comunitárias foi sendo dominado por redes que oferecem grande variedade de produtos. Além de

---

<sup>102</sup> WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacists' Activities and Pharmacy Education:** Based on Those in the English Speaking Western Countries. The Pharmaceutical Society of Japan. nº 3, Vol. 125, 2005. p. 286.

<sup>103</sup> INDRITZ, Mary E. S. **Observations of Pharmacy Practice in the Dmitrov Raion, Russia:** A Pharmacist Presents her Impressions of a Society Striving to Maintain Standards for Patient Care in Turbulent Times.

<sup>104</sup> LUTZ, Eugene M et al. **Pharmacy Practice Around the World.** Journal of American Pharmacist Association. Association Report. Vol. 49, nº 1, jan-fev, 2009.

<sup>105</sup> HM GOVERNMENT. Department of Health. **Pharmacy in England: Building on Strengths – Delivering the Future.** 2008.

cosméticos e itens de higiene pessoal, chama a atenção nas farmácias comunitárias britânicas a comercialização de alimentos saudáveis prontos.<sup>106</sup>

Na Alemanha, onde o sistema de serviços de saúde serviu de inspiração na montagem da estrutura argentina, existem os *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV) que são os seguros públicos e os *Privat Krankenversicherungen* (PKV) que são seguros privados de saúde. Estes seguros de saúde, independentemente de serem públicos ou privados, cobrem todas as despesas médicas, inclusive de internação e medicamentos (exceto as chamadas drogas de estilo de vida, como por exemplo, terapia de reposição de nicotina, medicação para disfunção erétil, ou drogas antiobesidade). A principal organização de farmacêuticos da Alemanha é a *Federal Union of German Association of Pharmacists* (ABDA),<sup>107</sup> que agrupa mais de 90% das farmácias. A farmácia comunitária é o maior componente do sistema de serviços de saúde para mais de 82 milhões de pessoas, existem cerca de 21400 farmácias, uma para cada 3900 habitantes, e a propriedade das farmácias é restrita ao farmacêutico que pode gerenciar apenas um estabelecimento.<sup>108</sup> As regras de funcionamento das farmácias são estabelecidas segundo um rígido controle governamental. O *German Code of Social Law*,<sup>109</sup> estabelece parâmetros de qualidade para membros do sistema de serviços de saúde, incluindo os farmacêuticos. A circulação de medicamentos no país é feita segundo uma separação em três grupos de drogas: as primeiras são os medicamentos éticos, ou seja, medicamentos de prescrição médica que só podem ser comercializados em farmácias (77,2% das vendas); no segundo grupo temos uma parcela dos medicamentos de venda livre (OTC) também monopolizados pelas farmácias (15,4% das vendas); por fim, dentro dos medicamentos de venda livre existe um pequeno grupo de produtos que podem ser

---

<sup>106</sup> FLETT, Gavin. **International Pharmacy**; A Traveller's Perspective; LUTZ, Eugene M et al. **Pharmacy Practice Around the World**. Journal of American Pharmacist Association. Association Report. Vol. 49, nº 1, jan-fev, 2009.

<sup>107</sup> A ABDA representa mais de 60000 farmacêuticos na Alemanha. O objetivo da associação é unir e apresentar os interesses comuns da profissão de saúde. Os membros da ABDA são 17 câmaras de farmacêuticos e 17 associações de farmacêuticos em nível estadual. As câmaras de farmacêuticos são distribuídas para a Câmara Federal dos Farmacêuticos (BAK), as associações de farmacêuticos são distribuídos para a Associação dos Farmacêuticos alemães (DAV). Disponível em: <<http://www.abda.de/en/english/>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>108</sup> EICKHOFF, Christiane; SCHULTZ, Martin. **Pharmaceutical Care in Community Pharmacies**: Practice and Research in Germany. The Annals of Pharmacotherapy. Abr. 2006. Vol. 40, p. 729. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/7209113\\_Pharmaceutical\\_Care\\_in\\_Community\\_Pharmacies\\_Practice\\_and\\_Research\\_in\\_Germany](http://www.researchgate.net/publication/7209113_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacies_Practice_and_Research_in_Germany)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>109</sup> Legislação disponível em: <<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

comercializados fora do ambiente das farmácias, em supermercados, lojas de conveniência, entre outros (7,4% das vendas).<sup>110</sup>

Atualmente, a atenção farmacêutica na Alemanha já se encontra integrada ao sistema de serviços de saúde. O caminho para essa integração iniciou-se no ano de 1993, quando a ABDA, oficialmente, iniciou o processo de mudança para conduzir os farmacêuticos comunitários ao foco no paciente, para tal criou-se uma série de programas de qualidade de gestão e estudos sobre medicamentos, serviços farmacêuticos que culminaram na criação da figura do farmacêutico da família (*Family Pharmacy*).<sup>111</sup> Em 2001, os cursos superiores passaram a incluir no currículo a farmácia clínica. A partir daí, formaram-se grupos acadêmicos de pesquisa voltados para a atuação dos farmacêuticos no tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, controle de câncer, automedicação para tratamentos de dispepsia, além de tratamentos para problemas oriundos de terapias medicamentosas. Em 2003, lograram êxito em um encontro entre farmacêuticos comunitários e os maiores seguros de saúde, onde ficou acertado a remuneração pelos serviços farmacêuticos. Em 2004, foi assinado um acordo de grande adesão no meio dos farmacêuticos que envolvia também médicos e seguros de saúde combinando a farmácia da família e o médico da família. Atualmente, as farmácias alemãs fornecem serviços para enfermeiras domésticas e idosos, monitorando o estoque de medicamentos e gerindo a toda a documentação exigida para o fornecimento da medicação. Além de fornecer a medicação, prover informações sobre o tratamento, promover a verificação da prescrição e contribuir para o uso racional de medicamentos, as farmácias comunitárias também atuam na gestão de medicamentos nas terapias de uso contínuo, em cuidados preventivos, principalmente em pacientes com doenças crônicas, e na organização de campanhas voltadas para a saúde pública, como o combate ao tabagismo, por exemplo. A integração com outros profissionais da área da saúde, especialmente médicos, tem favorecido na otimização de terapias medicamentosas bem como na prevenção de problemas relacionados a medicação. O foco dos farmacêuticos

---

<sup>110</sup> Dados da ABDA para o ano de 2004. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/7209113\\_Pharmaceutical\\_Care\\_in\\_Community\\_Pharmacies\\_Practice\\_and\\_Research\\_in\\_Germany](http://www.researchgate.net/publication/7209113_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacies_Practice_and_Research_in_Germany)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>111</sup> EICKHOFF, Christiane; SCHULTZ, Martin. **Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany**. The Annals of Pharmacotherapy. Abr. 2006. Vol. 40, p. 729. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/7209113\\_Pharmaceutical\\_Care\\_in\\_Community\\_Pharmacies\\_Practice\\_and\\_Research\\_in\\_Germany](http://www.researchgate.net/publication/7209113_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacies_Practice_and_Research_in_Germany)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

alemães tem se dado na busca por intensificar seu papel de fornecimento de serviços, em abordagens que integrem também médicos e seguros de saúde.<sup>112</sup>

Como podemos observar, por todo o mundo o papel do farmacêutico no sistema de serviços de saúde está, historicamente, centrado no fornecimento de medicamento em concordância com a prescrição e, ao máximo, promover uma verificação da prescrição para garantir a entrega do tratamento adequado ao paciente. Tradicionalmente, os farmacêuticos têm avançado seu conhecimento para rever as prescrições, prevenir doses inapropriadas e minimizar efeitos colaterais. Com o avanço da procura por atenção primária excedendo a oferta, farmacêuticos podem ser o elemento central de uma estratégia viável para atender a demanda, especialmente no tratamento de doenças crônicas.<sup>113</sup>

### 1.1.2. Os Farmacêuticos e os Médicos.

Farmacêuticos e médicos, por vezes, são os principais agentes do campo oficial da oferta de serviços de saúde.<sup>114</sup> Trata-se de dois grupos de profissionais cujo desenvolvimento caminhou lado a lado nos últimos séculos e sua atuação nos dias atuais possui diversas interfaces. Ambas as práticas, farmacêutica e médica, que conhecemos hoje, têm origens ainda no século XVIII,<sup>115</sup> momento em que fórmulas caseiras e curadores populares eram de mais fácil acesso e possuíam maior credibilidade entre a população, que praticava mais o autocuidado do que os cuidados médicos.<sup>116</sup>

O século XIX trouxe profundas transformações na atuação dos profissionais da saúde, a medida em que o cientificismo ganhava espaço, diminuía a credibilidade dos curandeiros populares e boticários, apotecários e droguistas forjados no conhecimento prático. Para a atuação do farmacêutico, assim como do médico, foi um período de grande crescimento da influência na esfera pública, tanto no desenvolvimento da legislação sanitária, quanto nos marcos regulatórios da profissão, que veio acompanhada de um

---

<sup>112</sup> EICKHOFF, Christiane; SCHULTZ, Martin. **Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany.** The Annals of Pharmacotherapy. Abr. 2006. Vol. 40, p. 729. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/7209113\\_Pharmaceutical\\_Care\\_in\\_Community\\_Pharmacies\\_Practice\\_and\\_Research\\_in\\_Germany](http://www.researchgate.net/publication/7209113_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacies_Practice_and_Research_in_Germany)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>113</sup> AVALARE HEALTH LLC. **Exploring Pharmacist's Role in a Changing Healthcare Environment.** mai. 2014.

<sup>114</sup> QUEIROZ, Marcos S. **Farmacêuticos e Médicos: Um Enfoque Antropológico Sobre o Campo de Prestação de Serviços de Saúde em Paulínea.** In.: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Org). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 1994.

<sup>115</sup> MOTA, André; D'OLIVEIRA, Ana F. **O Poder Médico e Seus Limites: A Medicalização do Gênero.** Revista USP. São Paulo: nº 40, fev, 1999. p. 138-148.

<sup>116</sup> PORTO, R. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present.** Londres. Fontana Press, Harper Collins Publishers, 1997.

fortalecimento das estruturas universitárias de formação científica.<sup>117</sup> Ao longo do século XIX, os médicos foram os mais destacados nas reformas sanitárias empreendidas para o combate de doenças contagiosas e epidemias que se alastravam devido a formação de centros urbanos.<sup>118</sup> Neste momento, começou a estruturação de serviços de saúde influenciada pelo avanço do capitalismo e a revolução industrial. Com isso, a estruturação das profissões de saúde e o aumento a exigência de “credenciais” para a atuação. Assim, farmacêuticos e médicos, pouco a pouco, tornam-se profissões sofisticadas e rentáveis, distanciando-se cada vez mais da “arte da cura”.<sup>119</sup> Ainda dentro deste processo, o hospital deixa de ser o espaço de assistência espiritual e material dominado pela comunidade religiosa,<sup>120</sup> o espaço é reorientado e passa a ser o domínio dos médicos.<sup>121</sup> A partir daí, o hospital passa a constituir um importante instrumento na hegemonia dos cuidados médicos em relação às demais práticas de saúde, consolidando o poder médico e sua visibilidade social.<sup>122</sup> Segundo Turner, “*o hospital não é só uma instituição crucial nos sistemas de saúde modernos, mas também simboliza o poder social dos médicos, representando a institucionalização dos conhecimentos médicos especializados*”.<sup>123</sup> Conhecimentos esses que respondem pelo destaque conferido aos médicos,<sup>124</sup> ancoram-se no discurso de verdade, o discurso científico, que ganhou espaço aliado à sua participação na esfera pública, tanto pela formação dos sistemas de saúde, como pelas

---

<sup>117</sup> KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 33.

<sup>118</sup> HANLEY, James. G. **All Actions Great and Small: English Sanitary Reform, 1840 – 1865**. Tese de Doutorado. Yale University, 1999.

<sup>119</sup> KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 77.

<sup>120</sup> FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

<sup>121</sup> ZAGONEL, I. P. S. **Exercício do Poder Diante da Complexidade das Relações no Espaço Médico Hospitalar e de Enfermagem**. Cogitare Enfermagem, Curitiba, Vol. 1, nº. 2, 1996.

<sup>122</sup> FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 1979. Apud MELO, Marilene Barros; BRANT, Luiz Carlos. **Ato Médico: Perda de Autoridade, Poder e Resistência**. Escola Nacional de Saúde Pública. Psicologia, Ciência e Profissão. Fiocruz, nº 25, Vol 1, 2005.

<sup>123</sup> TURNER, J. H. **Medical power and social knowledge**. London: Sage, 1987. p. 157.

<sup>124</sup> Para uma análise do relacionamento entre médicos e demais profissionais de saúde no ambiente hospitalar ver: FERREIRA, Letícia C. M; GARCIA, Fernando C; VIEIRA, Adriane. **Relações de Poder e Decisão: Conflitos entre Médicos e Administradores Hospitalares**. Revista de Administração Mackenzie. São Paulo: Vol. 11, nº 6, nov-dez, 2010. p. 31 – 54.

reformas sanitárias, fatores que levaram os médicos ao posto de agentes de maior destaque na saúde.<sup>125</sup>

Deste modo, ao final do século XIX, a profissão médica consolida seu monopólio sobre a saúde e a doença,<sup>126</sup> dispondo de enorme prestígio econômico e social.<sup>127</sup> Do mesmo modo, os farmacêuticos, diante do crescimento do espaço científico, herdaram as funções de apotecários, químicos e droguistas, consolidando-se como autoridade na preparação de medicamentos.<sup>128</sup> O resultado dessas transformações produziu um contexto em que os médicos atuam no diagnóstico das doenças e na seleção terapêutica, enquanto farmacêuticos atuam na avaliação técnica e preparação da terapia escolhida pelos médicos. Assim, ambos estão legalmente responsabilizados pela segurança dos cuidados com a saúde,<sup>129</sup> ainda que o farmacêutico tenha ficado dependente do médico para trabalhar em conjunto, assistindo o tratamento receitado.<sup>130</sup>

Ao longo do século XX, momento em que as funções e atribuições básicas desses profissionais já haviam sido delimitadas, sobretudo nas regiões afastadas dos maiores centros urbanos, onde havia um farmacêutico, este foi o agente mais acessível para o fornecimento do diagnóstico, intermediando o conhecimento oficial com os problemas de doenças da população, uma vez que, comumente, a presença de médicos era mais exceção do que regra. Desse modo, farmacêuticos buscaram conquistar o prestígio da população como agentes de cura cumprindo um duplo papel, o de médico fornecendo o diagnóstico

---

<sup>125</sup> MOTA, André; D'OLIVEIRA, Ana F. **O Poder Médico e Seus Limites: A Medicalização do Gênero**. Revista USP. São Paulo: nº 40, fev, 1999. p. 138-148.

<sup>126</sup> Para um estudo sobre a evolução da abordagem da doença, diagnósticos e formação da medicina clínica, ver: HOMEM, Teresa Rocha. **Ética e Poder Político do Saber Médico**. PsiquiX; revista de Psiquiatria. Vol. XXVI, nº 1, Nov, 2012.

<sup>127</sup> STARR, Paul. **A Sovereign Profession**. In.: STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Cambridge: BasicBooks, 1982; FREIDSON, E. **La Profesión Médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado**. Barcelona: Edicions, 62, 1978.

<sup>128</sup> BURNBY, Juanita. **The Origins and Development of Pharmacy in North Eastern England**. *Pharmaceutical Historian*; British Society for History of Pharmacy, v. 25. nº 3, 1995.

<sup>129</sup> BARROS, José A. C. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090POR.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016; LOPES, Noemia M. **Automedicação: Algumas Reflexões Sociológicas**. *Sociologia, Problemas e Práticas*. nº 37, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n37/n37a07.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>130</sup> KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 28.

e apontando o tratamento, além do seu próprio papel fornecendo a medicação.<sup>131</sup> Como vimos anteriormente, ainda hoje em diversas regiões do mundo os farmacêuticos são reconhecidos como a opção mais econômica nos tratamentos de saúde, por vezes, a única disponível. Com o avanço das políticas de bem-estar e transição demográfica em direção às cidades, o acesso aos médicos foi favorecido para grande parte da população mundial durante o século XX. De modo geral, onde se organizou um sistema de saúde eficiente, com a disponibilidade de médicos, verificou-se o declínio do farmacêutico enquanto consultor de tratamento de saúde, restringindo-se sua atuação à função de verificação da prescrição feita pelo médico, bem como a prestação de orientações quanto ao uso e efeitos colaterais.<sup>132</sup>

Como visto, a partir da década de 1970, a busca por maior eficiência e redução dos custos com a saúde levou ao desenvolvimento de políticas voltadas para a atenção primária. A fim de alargar seu escopo de tratamento e avançar além do papel já tradicional de fornecedores de medicamentos, os farmacêuticos buscaram firmar-se enquanto membro da equipe de saúde. Nesse contexto, a relação entre farmacêuticos e médicos tende a produzir conflitos, pois no avanço da atenção farmacêutica, domínios monopolizados por médicos tendem a ser atacados, principalmente aqueles relacionados à atenção primária com diagnóstico de doenças tidas como menores, prescrição de determinadas classes de medicamentos e manutenção de tratamentos de doenças crônicas. Como já ocorre nos países onde a atenção farmacêutica está mais desenvolvida, a exemplo do Reino Unido e Alemanha.

Outros conflitos entre essas categorias, comumente, ocorrem devido à ausência de regulamentação que permita a substituição, por parte do farmacêutico, do medicamento de marca por seu equivalente genérico ou similar, bem como, a renovação da prescrição por parte do farmacêutico. Além disso, outros conflitos ocorrem em alguns sistemas de serviços de saúde, a exemplo do modelo japonês, onde é comum a venda do medicamento por parte dos médicos que, deste modo, estendem suas atribuições aos domínios ocupados tradicionalmente por farmacêuticos, reduzindo a rentabilidade de seus negócios,

---

<sup>131</sup> QUEIROZ, Marcos S. **Farmacêuticos e Médicos: Um Enfoque Antropológico Sobre o Campo de Prestação de Serviços de Saúde em Paulínea.** In.: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Org). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 1994. p. 3.

<sup>132</sup> QUEIROZ, Marcos S. **Farmacêuticos e Médicos: Um Enfoque Antropológico Sobre o Campo de Prestação de Serviços de Saúde em Paulínea.** In.: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Org). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 1994. p. 6.

inviabilizando a checagem da prescrição e o desenvolvimento das práticas de atenção farmacêutica.

### 1.1.3. Os Farmacêuticos e a Indústria de Medicamentos.

Os farmacêuticos e a indústria de medicamentos estão intimamente ligados, assim como os farmacêuticos e os médicos. Tão logo os farmacêuticos firmaram suas bases como autoridades na preparação de medicamentos e compostos, o que ocorreu a partir da segunda metade do século XIX, viram sua atuação sendo profundamente alterada pela ação da indústria de medicamentos. Essa indústria tal como conhecemos hoje tem sua origem na segunda metade do século XIX, nasce da revolução científica do século XVII, a qual os farmacêuticos são fiéis depositários, e de sua junção com a revolução industrial do século XVIII, que transformou a forma de produzir bens.<sup>133</sup>

Em meados do século XIX, várias regiões que já haviam experimentado algum grau de industrialização e dispunham de farmacêuticos experientes, desenvolveram laboratórios farmacêuticos voltados para a produção em larga escala. A primeira empresa a desenvolver a preocupação industrial e científica no ramo foi uma farmácia alemã fundada em Darmstadt, no ano de 1668, porém se especializaria na produção em quantidade apenas em 1827. No mesmo sentido, a inglesa GlaxoSmithKline, fundada em 1715, veio a se envolver na produção de medicamentos patenteados apenas a partir de 1842, tornando-se, em 1859, a primeira fábrica do mundo dedicada exclusivamente à produção de medicamentos. Nos Estados Unidos, a Pfizer foi fundada em 1849, por farmacêuticos alemães e experimentou grande crescimento em decorrência da Guerra Civil Americana, tornando-se uma das primeiras empresas a focar em P&D.<sup>134</sup>

A partir da década de 1930, a indústria farmacêutica começa a desenvolver um maior protagonismo na oferta de medicamentos. Os pequenos estabelecimentos farmacêuticos de produção artesanal vão perdendo espaço para a indústria. As farmácias iniciam uma transição, deixando de ser o local onde os farmacêuticos faziam as prescrições e preparação de medicamentos, para se tornarem as modernas empresas farmacêuticas onde comercializa-se medicamentos industrializados.<sup>135</sup> Assim, o

---

<sup>133</sup> WALSH, Robin. **A History of: The Pharmaceutical Industry.** Pharmaphorum; Bringing Healthcare Together. Disponível em:<<http://www.pharmaphorum.com/articles/a-history-of-the-pharmaceutical-industry>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>134</sup> WALSH, Robin. **A History of: The Pharmaceutical Industry.** Pharmaphorum; Bringing Healthcare Together. Disponível em:<<http://www.pharmaphorum.com/articles/a-history-of-the-pharmaceutical-industry>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>135</sup> BERMUDEZ, Jorge A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade.** São Paulo: Hucitec. 1995.

crescimento da indústria de medicamentos fez com que os farmacêuticos se dividissem em dois grupos principais. No primeiro, aqueles que atuavam no fornecimento de medicamentos, lotados principalmente nas farmácias; no segundo, aqueles que atuavam na indústria, restando apenas um acanhado grupo que atua na produção de medicamentos em pequena escala, que deram origem as modernas farmácias de manipulação de compostos. No primeiro grupo, os farmacêuticos comunitários são os principais responsáveis pelo fornecimento da medicação, adquirem maior ou menor importância de acordo com o sistema de serviços de saúde. Via de regra, são fundamentais na mediação entre a prescrição e o fornecimento da medicação. Estabelecem uma relação de dependência com a indústria farmacêutica, uma vez que, esta fornece a quase totalidade dos produtos distribuídos, porém seus conhecimentos são de grande importância diante da vasta gama de especialidades disponíveis e variedade de laboratórios. No segundo grupo, os farmacêuticos que atuam na indústria, são responsáveis pela produção medicamentosa, dominam conhecimentos sobre farmacologia, física, química e um pouco de medicina.<sup>136</sup>

No período das grandes guerras mundiais, ocorreram significativos avanços na indústria farmacêutica fazendo com que ela se aproximasse do modelo que temos hoje. Diversos produtos novos encorajaram a colaboração entre empresas e governos para as pesquisas farmacêuticas. Após a segunda guerra mundial ocorreu um grande salto na indústria farmacêutica, o período que vai da década de 1940 até o início da década de 1970, ficou caracterizado como os “anos de ouro” da indústria farmacêutica, com grande número de inovações e expansão dos negócios.<sup>137</sup> Essas novas descobertas fizeram com que a indústria farmacêutica passasse a influenciar de forma cada vez mais decisiva a prática médica. A grande variedade de produtos e drogas disponíveis que prometiam

---

<sup>136</sup> CAMPOS, M. A. Pourchet. **O Ensino Farmacêutico dentro da Atual Universidade Brasileira**. São Paulo: 1959. *Apud.* KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 24.

<sup>137</sup> WALSH, Robin. **A History of: The Pharmaceutical Industry**. Pharmaphorum; Bringing Healthcare Together. Disponível em:<<http://www.pharmaphorum.com/articles/a-history-of-the-pharmaceutical-industry>>. Acesso em: 04 ago, 2016.; BARROS, José A. C. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em:<<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090POR.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016. p. 26.; KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930)**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 101.

resolver “velhos” problemas de saúde gerou grande impacto no imaginário coletivo, que passou a aceitar os medicamentos industrializados como uma das grandes conquistas da humanidade.<sup>138</sup>

A falta de regulamentação na produção de medicamentos fez com que, em sua fase incipiente, não houvesse uma clara distinção entre a indústria química e a indústria farmacêutica. Somente após a segunda metade do século XX, quando a distinção da indústria produtora de medicamentos e seus pares na indústria química já havia sido completada, quando a indústria farmacêutica já adotava métodos fordistas de produção em massa, é que as regulamentações para a produção e circulação de medicamentos passaram a adotar regras rígidas,<sup>139</sup> exigindo testes clínicos e comprovação de eficácia o que ocasionou um incremento nos custos para a produção de medicamentos.<sup>140</sup>

De todo modo, com o elevado nível técnico e o avanço da industrialização, os farmacêuticos puderam gozar de um importante papel na transformação da saúde ao longo do século XX.<sup>141</sup> No entanto, o desenvolvimento da indústria, aliado a afirmação do médico como detentor oficial do poder de prescrição, pressionou a categoria dos farmacêuticos modernos a um papel de meros fornecedores de medicação. As farmácias do final do século XX, via de regra, são vistas no imaginário coletivo muito mais como um estabelecimento comercial do que um órgão de serviços de saúde.<sup>142</sup> Esse quadro, causa um efeito de perda de prestígio do farmacêutico enquanto profissional especializado, abrindo espaço para o achatamento de seu campo de intervenção e redução de rendimentos.

---

<sup>138</sup> VIANNA, Cid Manso de Mello. **Estruturas do Sistema de Saúde: do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Médico-Financeiro.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: nº 12, Vol. 2, 2002. p. 379.

<sup>139</sup> WALSH, Robin. **A History of: The Pharmaceutical Industry.** Pharmaphorum; Bringing Healthcare Together. Disponível em: <<http://www.pharmaphorum.com/articles/a-history-of-the-pharmaceutical-industry>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>140</sup> Para maior compreensão da evolução nas regulamentações para a circulação de produtos farmacêuticos, testes clínicos e incremento de custos em P&D ver BARROS, José Augusto Cabral. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** UNESCO. Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. p. 26 – 36.

<sup>141</sup> KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular: Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930).** Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. p. 30.

<sup>142</sup> BARROS, José Augusto Cabral. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** UNESCO. Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. p. 24.

Em contrapartida, atualmente a indústria farmacêutica tem estado no centro dos debates da área da saúde.<sup>143</sup> Ginéz González García<sup>144</sup> caracteriza o mercado de medicamentos como um dos mercados de bens mais complexo, devido ao número de atores e papéis envolvidos. Assinala que a indústria farmacêutica imprime um ritmo inovativo semelhante ao mercado de informática; com diversidade de produtos, de empresas e de seus tamanhos, similar a indústria alimentícia; com faturamento equivalente a indústria bélica; e por fim, com número de intermediações variado assim como o setor de serviços médicos.<sup>145</sup>

A indústria farmacêutica atual é caracterizada pela alta tecnologia empregada e, conseqüentemente, grande barreira de entrada para novas empresas. Contudo, encontra-se entre os segmentos mais rentáveis<sup>146</sup> e também “*um dos setores mais dinâmicos da economia mundial*”.<sup>147</sup> A indústria farmacêutica chega a destinar cerca de 13% do valor de vendas para P&D,<sup>148</sup> é o setor produtivo que mais destina, relativamente, a esta atividade.<sup>149</sup> Nos últimos anos, o setor tem apresentado um crescente grau de internacionalização e concentração das indústrias de medicamentos devido à elevação dos custos de pesquisa e desenvolvimento. Atualmente, as substâncias ativas necessárias ao desenvolvimento de medicamentos são resultes de processos altamente complexos que apenas um número reduzido de empresas é capaz de desenvolver.<sup>150</sup> Além disso,

---

<sup>143</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

<sup>144</sup> Ginéz González García é médico formado pela *Universidad Nacional de Córdoba*, foi o primeiro presidente da Fundação Isalud, presidente da *Asociación de Economía de Salud de Argentina*, especialista em sistemas de saúde, políticas de saúde, medicamentos e economia de saúde, foi ministro da saúde da província de Buenos Aires e ministro da saúde do governo nacional durante o mandato de Eduardo Duhalde (2003) e ratificado no mandato de Néstor Kirchner (2003 – 2007). Desde 2007 é embaixador da Argentina no Chile. Fontes: Fundación Konex. Disponível em: <[http://www.fundacionkonex.org/b4580-gin%C3%A9s\\_gonz%C3%A1lez\\_garc%C3%ADa](http://www.fundacionkonex.org/b4580-gin%C3%A9s_gonz%C3%A1lez_garc%C3%ADa)>. Acesso em: 04 ago, 2016.; Ginéz González García. Disponível em: <<http://www.isalud.edu.ar/autoridades-ui.php>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>145</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999.

<sup>146</sup> BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008. p. 36.

<sup>147</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012. p. 7.

<sup>148</sup> Ao longo do desenvolvimento da indústria farmacêutica diferentes padrões de processos tecnológicos imperaram. Para uma análise sobre esses diferentes padrões e suas relações com os governos ver: ALBUQUERQUE, Eduardo da M; CASSIOLATO, José E. **As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde: uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o caso Brasileiro**. Estudos FESBE, Belo Horizonte, 2000.

<sup>149</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica**. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>150</sup> UNITED STATES INTERNATIONAL TRADE COMMISSION (USITC). **Shifts in U. S. Merchandise Trade in 1997**. Publication 3120. Washington. 1998.

procedimentos necessários para entrada do medicamento no mercado elevam o tempo e custo da pesquisa.<sup>151</sup>

Neste sentido, questões relacionadas a proteção intelectual são cruciais para a indústria farmacêutica. Trata-se de um setor sempre destacado nos debates sobre patentes devido à dificuldade de produção, com altos índices de fracassos, e facilidade na replicação.<sup>152</sup> Essa conjuntura termina por formar um hiato entre os laboratórios farmacêuticos onde, os maiores se voltam para um esforço competitivo marcado por gastos com publicidade e pela constante introdução de novos produtos por meio de inovações,<sup>153</sup> muitas vezes essas empresas subcontratam ou compram inovações.<sup>154</sup> Por sua vez, empresas de capital modesto adotam estratégias de comprar licenças ou vender medicamentos genéricos aos quais a patente já expirou.<sup>155</sup>

Deste modo, as empresas com capacidade de inovação se concentram nos países desenvolvidos controlando uma parcela significativa da oferta de medicamentos<sup>156</sup> e favorecendo ao desenvolvimento de medicamentos voltados para doenças de maior incidência nesses países.<sup>157</sup> Cerca de 61,7% da produção farmacêutica se dá em países europeus e nos Estados Unidos.<sup>158</sup> O grau de concentração de capital na indústria farmacêutica é tamanho que, 60% do faturamento total do setor está restrito a 20 empresas, as 50 líderes chegam a abarcar mais de 95% do faturamento,<sup>159</sup> Estados Unidos, Alemanha e Japão concentram cerca de 60% das vendas mundiais. Essa concentração não

---

<sup>151</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012. p. 7; SIRLIN, Pablo. **Impactos Estáticos y Dinámicos del Mercosur: El Caso del Sector Farmacéutico**. Revista de la CEPAL, nº 75, dez, 2001. p. 227.

<sup>152</sup> SHADLEN, Kenneth C. **The Political Contradictions of Incremental Innovation: Lessons from Pharmaceutical Patent Examination in Brazil**. *Politics & Society*, nº 39, Abr, 2011. Disponível em: <<http://pas.sagepub.com/content/39/2/143>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>153</sup> SIRLIN, Pablo. **Impactos Estáticos y Dinámicos del Mercosur: El Caso del Sector Farmacéutico**. Revista de la CEPAL, nº 75, dez, 2001.

<sup>154</sup> PETERS, Enrique D. **Las Industrias Farmacéutica y Famoquímicas en México y el Distrito Federal**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1999. p. 12.

<sup>155</sup> PETERS, Enrique D. **Las Industrias Farmacéutica y Famoquímicas en México y el Distrito Federal**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1999. p. 12.

<sup>156</sup> ALVO, Elias M. **Regulación y Competencia en el Mercado de Medicamentos: Experiências Relevantes para América Latina**. Serie Estudios Y Perpectivas nº 121. México. 2010. p. 8.

<sup>157</sup> Para mais dados a respeito ver DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012. p. 7. e BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008. p. 39.

<sup>158</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 114.

<sup>159</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica**. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

se dá apenas na produção, mas também no consumo, pois 75% da população mundial explica apenas 20% do consumo total.<sup>160</sup>

Na América Latina, predominam empresas que produzem medicamentos de grupos não-éticos (de menor complexidade) e genéricos desenvolvidos por tecnologia reversa.<sup>161</sup> No mercado latino americano, destacam-se Brasil com 41,7%, Argentina com 20,83% e México com 15,65% da produção de medicamentos.<sup>162</sup> Dado o cenário, a assimetria entre as empresas de ponta e as empresas menores se acentuou após a entrada em vigor do acordo *Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS), em primeiro de janeiro de 1995, com grande impacto sobre a indústria latino-americana, especializada em processos de cópia.<sup>163</sup> Em suma, a indústria mundial está concentrada em grandes corporações, onde esquemas de proteção derivados dos regimes de propriedade intelectual terminam por gerar um mercado de formas oligopólicas, onde a competição se reduz a diferenciação do produto.<sup>164</sup>

Devido à importância do mercado de medicamentos nos programas de Bem-Estar Social, países latino-americanos têm implementado estratégias para obter medicamentos mais acessíveis, seja impulsionando a produção local de genéricos ou estabelecendo licenças obrigatórias.<sup>165</sup> A indústria argentina, conforme veremos mais detalhadamente adiante, em sintonia com o perfil apresentado na região, não possui características inovativas, se desenvolveu na lógica de substituição de importações com presença de empresas estrangeiras no país absolvendo tecnologia sem desenvolver o P&D.<sup>166</sup> Suas

---

<sup>160</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Drug Situation**, GENEVA, 1988. p. 11.

<sup>161</sup> Medicamentos classificados como *éticos*, são aqueles vendidos exclusivamente com receita médica, mas podem também serem genéricos. Os medicamentos *não-éticos* são aqueles que podem ser adquiridos sem receita médica (SIRLIN, Pablo. **Impactos Estáticos y Dinámicos del Mercosur: El Caso del Sector Farmacéutico**. Revista de la CEPAL, nº 75, dez, 2001. p. 227.). Desde a década de 1980 os medicamentos não-éticos (também chamados de Over The-Counter – OTC) se tornaram os medicamentos mais dinâmicos dessa indústria (PETERS, Enrique D. **Las Industrias Farmacéutica y Famoquímicas en México y el Distrito Federal**. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1999. p. 10.).

<sup>162</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 118.

<sup>163</sup> Mais adiante trataremos novamente do TRIPS fornecendo detalhes do acordo, suas etapas de implementação e o impacto deste no mercado e no acesso a medicamentos.

<sup>164</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica**. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>165</sup> ALVO, Elias M. **Regulación y Competencia en el Mercado de Medicamentos: Experiências Relevantes para América Latina**. Serie Estudios Y Perspectivas nº 121. México. 2010. p. 9.

<sup>166</sup> DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha**. Volume 3 – Modelos Econômicos de Capitalismo; Política Industrial; Objetivos e Instrumentos, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFMG. p. 57.

políticas industriais são basicamente vinculadas a desoneração, o que não garante o futuro da indústria do setor.<sup>167</sup> A participação do Estado no incentivo à produção local não se estende muito além da compra pública, uma vez que o financiamento de pesquisa, que é vital para o desenvolvimento dessa indústria,<sup>168</sup> se vê prejudicado pela ausência de um banco de desenvolvimento.<sup>169</sup>

No entanto, nos últimos anos a dinâmica da indústria farmacêutica têm se alterado consideravelmente. Desde a década de 1990, o mercado farmacêutico mundial tem experimentado um processo grande de fusões e aquisições que modificam rapidamente o setor.<sup>170</sup> Esse processo de concentração da produção está relacionado a mudanças no paradigma de investigação e reduzido ritmo inovativo, ficando mais restrito a inovações incrementais do que inovações radicais.<sup>171</sup> Além do estancamento da inovação, devemos levar em consideração também o fato de que muitas patentes da década de 1970 têm expirado, o que ocasiona a perda do monopólio e crescente participação de genéricos no mercado mundial.<sup>172</sup> Deste modo, para garantir estabilidade muitas dessas fusões incluem laboratórios sem tradição inovativa, além disso um número crescente de genéricos de marca tem entrado no mercado. Mesmo com o domínio da produção por países desenvolvidos, os maiores índices de crescimento dessa indústria têm sido apresentados por países em desenvolvimento, a saber; China, Índia, Brasil e Argentina. Ainda assim, a perspectiva é de que o segmento experimente menores taxas de crescimento.<sup>173</sup>

---

<sup>167</sup> DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha**. Volume 4 – Modelos Econômicos de Capitalismo; Política Industrial Brasileira para Setores Seleccionados e a Experiência Internacional, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFMG. p. 83.

<sup>168</sup> DELGADO, Ignácio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012. p. 3.

<sup>169</sup> Segundo Alice Amsden a Argentina extinguiu seu Banco de Desenvolvimento ainda na década de 1940 devido a corrupção. Tal situação torna o país potencialmente mais sujeito a dependência de empréstimos internacionais e dificulta o financiamento de tecnologia nacional. AMSDEN, Alice. **A Ascensão do “Resto”**: Os Desafios ao Ocidente de Economias com Industrialização Tardia. São Paulo: Unesp. 2009.

<sup>170</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud.

<sup>171</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 116.

<sup>172</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica**. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>173</sup> Para maiores detalhes nas estratégias dos laboratórios frente a essas mudanças ver; PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud.

Diante deste cenário, que aponta a retração dos rendimentos, a indústria farmacêutica tem adotado diferentes estratégias reduzindo sua atenção na produção e avançando sobre a cadeia de distribuição de medicamentos, especializando-se na comercialização e distribuição de medicamentos por meio da criação de empresas atacadistas,<sup>174</sup> ganha importância também a propaganda de produtos farmacêuticos.<sup>175</sup> Produtores e distribuidores de medicamentos possuem uma grande diversidade de atividades promocionais com vários destinatários, no entanto, o prescritor é alvo privilegiado dessas estratégias promocionais. Assim, mediante o controle da prescrição o médico se coloca como alvo principal dessas estratégias, mesmo quando se trata de produtos de venda livre. Neste sentido, o médico ganha destaque na intermediação entre a indústria e o consumidor. Dispondo, na maioria dos casos, de maior credibilidade entre usuários do que os farmacêuticos.<sup>176</sup> Deste modo, o avanço da atenção farmacêutica, sobretudo, na atenção primária, na prescrição de classes de medicamentos, na replicação de receitas e no tratamento de doenças crônicas (que são pontos de conflitos entre farmacêuticos e médicos conforme citado anteriormente), representaria uma redução da dependência dos farmacêuticos não só frente aos médicos, mas também os recolocaria em uma posição diferente diante da indústria farmacêutica.

## 1.2. Síntese.

Com base nas linhas que seguiram, entendemos que o desenvolvimento de serviços de saúde estendeu-se a passos largos ao longo do século XX. Ao seu término, a conjuntura vivenciada proporcionava um grande espaço para o avanço dos farmacêuticos, no sentido de afastar-se de um papel comercial em direção a uma atuação como prestador de serviços de saúde. No entanto, o lugar ocupado pelos farmacêuticos, limitado pela estrutura de serviços de saúde e seus marcos regulatórios, bem como por pressões de mercado e pela ação dos demais atores relacionados; guardando forte relações de

---

<sup>174</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 144.

<sup>175</sup> Para estudos sobre propaganda de produtos farmacêuticos ver; BARROS, José A. C. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090POR.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; PIZZOL, D; SILVA, T; SCHENKEL, P. **Análise da Adequação das Propagandas de Medicamentos Dirigidas à Categoria Médica Distribuídas no Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. v. 14, nº 1, 1998. p. 85 – 91.; ASTRID, J. **Medicines, Society and Industry**. The Lancet. nº 360. 2002. p. 1346.

<sup>176</sup> BARROS, José A. C. **Políticas Farmacêuticas: A Serviço dos Interesses da Saúde?** Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. p. 36. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090POR.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

dependência com médicos e com a indústria farmacêutica, que são atores de grande poder na agenda de saúde; forjou uma categoria afeita às regulamentações por parte do Estado. A dificuldade de abrir espaço em um setor extremamente competitivo, avançar sobre domínios de uma categoria tão poderosa como a dos médicos e relacionar-se com uma indústria de peso como a indústria de medicamentos, fez com que os farmacêuticos, nos diversos modelos de estado social e sistemas de saúde, acabassem por formar uma categoria receptível às regulamentações nos processos e políticas de circulação de medicamentos, bem como, nas regulações econômicas e, muitas vezes, reivindicando a interferência do Estado nesta seara.

Assim, o desenvolvimento da atenção farmacêutica parece se adaptar bem aos diversos modelos de Estado Social, sobretudo naqueles onde há maior intervenção do Estado e/ou políticas sociais, elementos característicos dos modelos socialdemocrata e corporativista conservador, onde encontramos a atenção farmacêutica melhor estruturada, a exemplo da Grã-Bretanha e Alemanha, respectivamente. Nestes termos, parece nos que, via de regra, as maiores barreiras encontradas pelos farmacêuticos na luta por uma nova estruturação do ofício se dão na relação com os demais atores dos sistemas de serviços de saúde que temem a perda de poder, notadamente os médicos e outros prestadores de serviços privados na área.

## **2. Capítulo 2 – Argentina: Sistema de Saúde e Farmacêuticos.**

Neste capítulo, iremos estabelecer um breve debate da trajetória argentina moderna, pontuando análises historiográficas de relevância e valendo-se de abordagens, tanto pelo viés político, como pelo econômico. Na sequência, nos colocaremos a fazer um “sobrevoo” na história do país, destacando os elementos fundamentais de sua trajetória política e econômica. Optamos por iniciar a narrativa na viragem do século XIX para o XX devido ser o momento de formação do Estado moderno no país, além de ser o momento em que os farmacêuticos se firmam como uma categoria profissional estabelecida. Acreditamos que, deste modo, poderemos fornecer subsídios para melhor compreensão das próximas etapas deste mesmo capítulo, pois a análise da trajetória do país ajuda a compreender características do sistema decisório, posicionamentos adotados pelos principais atores e a configuração do sistema de saúde. Feito isso, numa segunda etapa, passaremos a uma análise do desenvolvimento do sistema de acesso à serviços de saúde na Argentina, apontando os momentos de importância na formação de seus atores de maior destaque, bem como alterações dos marcos regulatórios mais relevantes na agenda. Deste modo, acreditamos ser possível observar como as mudanças no ambiente político e econômico, analisados no início do capítulo, virão a impactar no âmbito da saúde. Ao final desta segunda etapa, apontaremos a disposição atual do sistema de serviços de saúde, identificando a participação e o papel desempenhado por cada um dos atores de maior importância. Por fim, na terceira e última etapa deste capítulo, buscaremos mapear o sistema de serviços de saúde na Argentina apontando seus principais atores e seus respectivos organismos de representação institucional. Do mesmo modo, apontaremos os principais atores do mercado de medicamentos, especificando suas atribuições e como se inserem nesse mercado, que detém importância visceral na atuação dos farmacêuticos. Levantaremos ainda uma sucinta análise do marco regulatório voltado para as principais regras do mercado de medicamentos e serviços de saúde.

### **2.1 – Elementos Fundamentais da Trajetória Econômica e Política da Argentina.**

A Argentina iniciou seu processo de independência em 1808, alcançando êxito dois anos mais tarde. Ao longo do século XIX, diversos conflitos entre grupos e províncias ocorreram por desentendimentos acerca do modelo político. Por um lado, federalistas defendiam a autonomia de suas províncias e, por outro, unitários que

defendiam a existência de um governo central que verticalizasse o poder político. Em 1880, o federalismo triunfa, o mapa da Argentina assume a conformação quase idêntica ao que conhecemos hoje, com a existência de um poder central consolidado, moeda única e exército nacional.<sup>177</sup> Assim, está dado início ao moderno Estado argentino que será alvo de nossa análise.

Eduardo Basualdo observa a trajetória argentina ao longo do século XX a partir do viés econômico, para tal, vale-se de um instrumento analítico transcendente que lhe permite distinguir os comportamentos econômicos que se sucedem no tempo. O conceito de Regime ou Padrão de Acumulação de Capital, alude a articulação de determinado funcionamento das variáveis econômicas, vinculando uma determinada estrutura econômica, uma forma particular de Estado e as lutas entre blocos sociais existentes.<sup>178</sup> Com base nesse conceito, segundo Basualdo, o desenvolvimento econômico da Argentina durante o século XX pode ser dividido em quatro etapas, a saber: O Padrão de Acumulação Agroexportador (1880 – 1930), ao qual emergiu juntamente com o Estado moderno argentino, sustentado por grandes proprietários rurais dos pampas que deram ao país uma notável característica agroexportadora. Dotado de um acanhado setor industrial voltado para o atendimento desses produtores, o núcleo principal da indústria foi no ramo têxtil dedicado ao envase de grãos. A Primeira Etapa de Substituição de Importações (1930 – 1958), foi marcada pela expansão de empresas locais e radicação de subsidiárias estrangeiras com o objetivo de atender ao mercado interno. No curto período de 1958 até 1963, desenvolveu-se a Segunda Etapa da Substituição de Importações, distinguindo-se da fase anterior pela significativa incorporação de capital estrangeiro, que se deu por meio de investimento direto, e também por meio de novos investimentos nas subsidiárias que já estavam no país. Além da perseguição e repressão da classe trabalhadora. Por fim, o Regime de Valorização Financeira (1976 – 2001), foi um processo econômico imposto pela ditadura militar instaurada em 1976, que interrompeu a industrialização baseada na substituição de importações. Mesmo após a redemocratização os governos sucessores não

---

<sup>177</sup> *Historia de un País*: Cap. 1. *La Formación de un País*. Canal Encuentro. Serie Historia Argentina Siglo XX. Ministerio de la Educación. Gobierno de Argentina. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=moWbBroYVml&list=PLexqa3nDt7bC1X2Om-kmK0FB8cSA9W2Wg>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>178</sup> BASUALDO, Eduardo. **Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea**. In.: *Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. p. 23. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

romperam com este padrão, ao contrário, aprofundaram o processo. Para tal, foi necessária uma profunda transformação do Estado, abandonando sua preocupação com a expansão industrial e impulsionando a obtenção de renda por parte de um novo bloco de poder.<sup>179</sup>

Vinculado a outra corrente historiográfica, Luis Alberto Romero propõe uma análise da história argentina observada pelo viés da política. Ressalta que, observada por este prisma, a trajetória do país é marcada por três experiências: onde a primeira delas relaciona-se com os limites da democratização em 1912, tanto pela sucessiva e crescente interrupção da ordem institucional e estabelecimento de ditaduras, mas também, nos tempos de normalidade institucional, pela conflituosa coexistência entre as práticas democráticas e instituições republicanas frente aos princípios do liberalismo político consagrado pela constituição. A segunda experiência relaciona-se com a gestão estatal, em alguns casos buscou o ideal da intervenção estatal e do bem-estar social, em outros atuou como distribuidor de benefícios e privilégios aos grupos que possuíam maior capacidade de pressão sobre o Estado, houveram ainda momentos em que a alternativa foi simplesmente a total renúncia de qualquer regulação estatal da desigualdade. “*Se trata de un Estado que frecuentemente fue incapaz para disciplinar los intereses corporativos*”, cedendo a cada um deles que se instalaram em algumas agencias estatais. A terceira experiência, está associada com sua aproximação a soluções violentas, que vão desde os momentos que antecedem o experimento democrático até a conversão do Estado no ator mais importante e sinistro.<sup>180</sup>

Para traçar sua narrativa da história política da Argentina no século XX, Romero divide essa trajetória em três grandes partes. Sendo a primeira etapa, recortada pelos anos de 1912 e 1955, período da experiência democrática, marcada pela presença de movimentos populares, pelo radicalismo<sup>181</sup> e pelo peronismo. Esta etapa, inicia-se com a reforma eleitoral simbolizada pela lei Sáenz Peña e tem seu marco final com o golpe

---

<sup>179</sup> BASUALDO, Eduardo. **Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. p. 24. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>180</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 16. Disponível em: < <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>181</sup> Por radicalismo entenda a atuação dos partidários da Unión Cívica Radical, um dos partidos mais antigos da Argentina, foi o primeiro a se tornar um partido moderno com representação em todo país. Maiores detalhes sobre suas características e princípios serão trabalhados a seguir.

sofrido por Juan Domingo Perón, em 1955. Ao longo deste período, a continuidade institucional foi rompida por dois golpes de Estado, em 1930 e 1943. A sociedade foi caracterizada por uma paulatina mobilidade e crescente afirmação do princípio igualitário ao invés do privilégio. A massa cidadã formada integrou o Estado e a nação, porém com uma intolerância cumulativa na convivência política que vai culminar no Golpe de 1955. Paradoxalmente, tornou-se uma sociedade mais plural e o Estado legitimou-se na regulação dos conflitos. A segunda fase (1955 – 1983), marca a mudança no inconsciente coletivo “*entre la Argentina potente y la de la decadencia*”,<sup>182</sup> nesse período de quase três décadas, a história política do país ficou marcada pela falha dos cenários clássicos de negociação de conflitos: o político institucional, onde dialogam as forças partidárias; e o corporativo, onde os interesses negociam com o Estado. Em 1973, um respiro democrático levou o peronismo ao governo novamente, porém sem a possibilidade de instituir novos mecanismos de solução de conflitos, eles se aprofundaram levando a uma nova ditadura, uma violenta e traumática repressão que nos traz ao quadro da Argentina atual. Por fim, na última etapa da história política argentina, temos a segunda experiência democrática, que se estende desde o ano de 1983 aos dias atuais. Esta fase foi caracterizada inicialmente por uma grande fé nas virtudes da democracia, a renovação dos reclamos corporativos ao Estado, o debate sobre como lidar com os interesses e qual modelo de Estado seguir. Na década de 1990, o credo neoliberal predominou apontando a solução para os problemas do Estado: privatizações e desregulações. A partir de 2001, a crise instalada no país propicia que novos ventos ideológicos apontem a reestatização e um retorno as regulamentações como uma solução. Tanto as soluções apontadas na década de 1990, como aquelas buscadas a partir de 2001 foram levadas a cabo pela mesma coletividade política, o peronismo.<sup>183</sup> A partir de 2015, a vitória da eleição presidencial por uma proposta de tendência liberal-conservadora<sup>184</sup> encabeçada por Mauricio Macri, tende a iniciar uma nova fase dentro desta etapa da história democrática argentina.

---

<sup>182</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 17. Disponível em: < <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>183</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. Disponível em: < <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>184</sup> Ao caracterizarmos a aliança encabeçada por Mauricio Macri para as eleições de 2015 como liberal-conservadora estamos admitindo o caráter neoliberal no plano econômico e conservador do ponto de vista da corrente de pensamento no plano político.

Na viragem do século XIX, a Argentina vive um período de intensos conflitos por parte de grupos sociais emergentes que não se viam representados na política das elites tradicionais. Esses novos grupos sociais, setores médios e trabalhadores, eram engrossados pelo grande aumento populacional fruto do incentivo a imigração que já batia a casa dos 30% da população, esses setores cobravam a uma fisionomia diferente daquela aplicada até então pelas elites tradicionais.<sup>185</sup> O crescente mal-estar social e político, sem canalização institucional, fez com que a elite dirigente aprovasse uma reforma eleitoral que instituiu, em 1912, o voto obrigatório e secreto. A lei levou o nome do então presidente, lei Sáenz Peña. Desde a constituição de 1853, o sufrágio universal masculino já era garantido, no entanto, o voto aberto e seu caráter opcional abria margens para manobras e fraudes por parte da elite dirigente. A nova norma possibilitou a participação desses setores na vida política da Argentina aglutinados na União Cívica Radical (UCR).<sup>186</sup>

Em 1916, a vitória da UCR<sup>187</sup> levou ao poder setores sociais representados por homens modestos, de origem crioula apartados das oligarquias ou filhos de imigrantes que buscavam abandonar a posição marginal de seus pais.<sup>188</sup> Neste período, a sociedade argentina se torna mais complexa e menos manobrável. São fundadas diversas associações, grêmios e corporações que reivindicam do Estado uma regulação, proteção

---

<sup>185</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>186</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 19. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>187</sup> A União Cívica surge ao final do século XIX em meio a intensas lutas travadas por setores emergentes que não encontravam espaço de representação na política dominada por setores tradicionais agrupados no Partido Autonomista Nacional (PAN). Na luta por reformas eleitorais a União Cívica sofre um racha, um grupo decide estabelecer alianças com PAN, outro grupo se recusa a fazer alianças com setores dominantes da política. Deu-se assim o início da União Cívica Nacional e da União Cívica Radical. Este último se tornará o primeiro partido moderno com representação em todo o território argentino, o partido de maior persistência da Argentina e já no início do século XX torna-se o primeiro partido de massas. Chega ao poder pela primeira vez em 1916 e permanece no poder até 1930 quando sofre um golpe militar que permanecerá até 1943. Desde sua saída do poder o "Radicalismo" sofreu diversas divisões que deram origem as várias facções. Liderado por Leandro N. Alem, sua figura máxima, e Hipólito Yrigoyen o partido se orientará por três ideias fundamentais, a saber; descentralizar e limitar o poder do Estado nacional, o sufrágio universal como meio de moralizar a política e a criação de partidos políticos nacionais. **Historia de los Partidos Políticos: El Radicalismo I (1891 – 1943)**. Ministerio de la Educación. Gobierno da Argentina. Disponível em: <[http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec\\_id=100149](http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec_id=100149)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>188</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 51. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

ou promoção. Diante das novas demandas o Estado teve de se modernizar, as reformas do Estado permitiram dirigir a economia, solucionar o problema do financiamento fiscal e desenvolver investimentos públicos em áreas como o petróleo e estradas. Ao longo do período radical, a Argentina construiu uma vigorosa classe média que impunha, cada vez mais, seu próprio caráter ignorando as nostálgicas minorias tradicionais e propondo uma nova orientação ao país.

Em 1930, o fascismo europeu inspira grupos militares argentinos que depõem o presidente radical Yrigoyen. No momento em que a crise mundial ameaçava, setores agroexportadores na Argentina, chegam ao poder dirigindo sua política contra a classe média que florescia.<sup>189</sup> A partir da segunda metade da década de 1930, muitos setores como médicos e farmacêuticos buscaram definir suas competências, seu *status* e forma de relação de trabalho, neste contexto é que se dá a criação da Confederação Farmacêutica Argentina (COFA), fundada em 1935. Junto a essas novas organizações ganhavam mais poder os sindicatos que, paulatinamente, pressionavam um Estado incapaz de dar conta da complexidade deste novo mundo político.<sup>190</sup>

A república conservadora encontrou seu fim do mesmo modo que teve início, com um golpe. O ministro da guerra Pedro Ramírez encabeçou a insurreição e assumiu a presidência em julho de 1943. O modelo almejado é aquele adotado pelas potências do Eixo, mas a pressão dos Estados Unidos leva a Argentina a declarar guerra à Alemanha e Japão, em 1944. No momento em que a democracia começava a florescer na Europa, mais uma vez, a Argentina caminhou na direção oposta. Os principais cargos do novo governo foram distribuídos entre os militares e Domingo Perón é designado para o Departamento Nacional do Trabalho.<sup>191</sup> A partir desse momento, consolida-se uma expansão industrial mais acentuada, a nova sociedade argentina transformada pela urbanização e industrialização coloca a questão sindical em destaque. Além disso, os anúncios do plano Beveridge supunham novos desafios para o Estado.<sup>192</sup>

---

<sup>189</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 57. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>190</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 28. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>191</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 62. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>192</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 30. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

Perón buscou apoiar-se nos militares e no pulsante movimento sindical, essa política levantava desconfiança de ambos os lados. Em outubro de 1945, um grupo de militares exige a renúncia e o processamento de Perón, de imediato setores já definitivamente peronistas marcham dos subúrbios de Buenos Aires exigindo a liberdade de seu líder. Já em liberdade, Perón enfrenta eleições livres em 1946, o nascente peronismo triunfa apoiado no exército, que se alinhou a quem “*había inventado una salida decorosa para la revolución*”<sup>193</sup>, e na igreja católica, que manteve seu controle sobre o ensino, além das organizações dos trabalhadores, determinantes nos grandes centros urbanos e que entrariam de vez para o grupo dos atores centrais da vida política argentina.<sup>194</sup>

Com o governo peronista a democracia toma novo impulso, os direitos políticos são estendidos às mulheres e a todos os habitantes do território nacional,<sup>195</sup> novas alianças sociais impulsionam o capitalismo de Estado, o aporte crucial do peronismo constitui na incorporação da classe trabalhadora e desenvolvimento da indústria. Pela primeira vez o valor agregado industrial supera o agroexportador, a burguesia nacional se constituiu como fração do capital, porém sem deter o protagonismo que seguiu sendo dominado pelo capital estrangeiro.<sup>196</sup>

Ao longo de seu governo, Peron buscou traçar uma política equilibrada, porém os trabalhadores constituíam o grupo de pressão que mais lhe preocupava. Assim, tratou de ressaltar os elementos emocionais da adesão dos trabalhadores, estabeleceu uma organização sindical regida pela Confederação Geral do Trabalho (CGT) que reunia todos os sindicatos legalizados, fazendo a ligação entre Perón e os trabalhadores.<sup>197</sup> Amparados

---

<sup>193</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 33. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>194</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 62. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; ROMERO, Luis Alberto. *Democracia, República y Estado; Cien Años de Experiencia Política en la Argentina*. p. 33.

<sup>195</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 36. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>196</sup> BASUALDO, Eduardo. **Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea**. In.: *Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. p. 19. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>197</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 64. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

pelas agências estatais e pelas empresas, os sindicatos se fortaleceram institucionalmente, a cota sindical obrigatória permitiu ampliar a oferta de serviços, sobretudo na área de saúde, o que completava a identificação dos trabalhadores com a organização. Formou-se assim, o que os adversários chamavam de “burocracia sindical”, um elenco de dirigentes que manejavam os sindicatos de forma centralizada.<sup>198</sup>

Se por um lado, Perón constituiu uma base sindical forte e submetida a regulação estatal, por outro, incluiu a negociação com empresários convencendo-os de que os sacrifícios imediatos trariam retornos e a paz social.<sup>199</sup> Deste modo, Perón constituiu uma base de poder que permitiu ao governo manter uma política de intervenção do Ministério do Trabalho e Provisão na gestão de contratos coletivos de trabalho, garantindo altos salários. Os empresários, por sua vez, repassavam os preços aos consumidores acentuando uma tendência inflacionária. Leis de aposentadoria, indenizações por tempo de serviço, férias e outras vantagens criavam um clima de proteção aos trabalhadores, reforçadas por mudanças no trato entre patrões e empregados.<sup>200</sup>

A partir de 1950, a Argentina inicia uma crise devido à queda de preço de seus produtos no mercado internacional, a falta de indústria e mercado interno foi sentida. Embora tivesse muito discurso, a estrutura econômica não havia mudado tão significativamente e a escalada inflacionária tornava ilusórios os aumentos salariais. Não tardou para que setores militares se levantassem, o primeiro golpe em 1951 fracassa. Em 1952, morre Eva Duarte de Perón, peça importante no trato com o movimento operário. Em 1954, a sansão da lei do divórcio leva a igreja para o campo oposto. Em maio de 1955, uma nova sublevação apoiada por muitos militares católicos exige a renúncia de Perón e fracassa novamente. Em setembro mais uma tentativa, a CGT pressiona pela formação de milícias populares, mas seu líder recusa a aventura e entrega seu cargo refugiando-se no Paraguai.<sup>201</sup>

O peronismo teve seu governo derrubado, mas sua identidade permaneceu arraigada nas classes populares, especialmente nos trabalhadores. As ideias

---

<sup>198</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 51.

<sup>199</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 32.

<sup>200</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina.** Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 65.

<sup>201</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 41.; ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina.** Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 66.

desenvolvidas por Perón, sobre o papel do Estado na regulação dos interesses, conjugaram a experiência da intervenção estatal na economia da década anterior com a tradição militar da autarquia e da unidade nacional, e as preocupações do pós-guerra. Porém, desde 1955 o peronismo esteve aberto a novas definições, sua identidade nacional e popular moldou-se a distintas proposições e muitos se propuseram a formular novos moldes, mas não se desenvolveu um modelo hegemônico e definitivo.<sup>202</sup>

Com a queda de Juan Perón, o que se viu foi uma Argentina mergulhada em uma crise política crônica vitimando vários presidentes que não concluíram seus mandatos. Os militares assumiram o papel de tutores do Estado, condicionando as forças partidárias a sua presença. Em 1955, declararam que seu propósito era estabelecer uma democracia autêntica, de acordo com os princípios do mundo ocidental, porém o peronismo não estava incluso.<sup>203</sup> As contradições dos grupos que haviam derrubado Perón não tardaram a aflorar, derrubando governos sucessores.

No plano econômico, o foco se deu na livre empresa, que passou a atuar sem as antigas intervenções estatais. As corporações se multiplicaram para participar dos órgãos estatais de acordo, profissionais e empresários de todo o tipo se concentraram nas câmaras, colégios, cooperativas e federações. A discussão pública das políticas estatais esteve polarizada por duas grandes organizações empresariais: a Confederação Geral Econômica (CGE)<sup>204</sup>, apoiada nos pequenos empresários e setores provinciais defendeu a indústria nacional e a manutenção da proteção estatal, vinculou-se a partidos radicais, socialistas e sindicatos. De outro lado, a Ação Coordenadora de Instituições Empresariais Livres (ACIEL),<sup>205</sup> reuniu o grande capital e os interesses das multinacionais, defendeu políticas econômicas liberais e estabeleceu boas relações com as forças armadas ganhando espaço com o avanço dos militares no poder.<sup>206</sup> Os sindicatos sofreram intervenções e os empresários aproveitaram a conjuntura para avançar sobre as conquistas dos trabalhadores. Setores ligados aos trabalhadores organizam-se em torno da bandeira

---

<sup>202</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 42.

<sup>203</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 43.

<sup>204</sup> A CGE foi fundada em 1950 de modo a viabilizar o diálogo do empresariado nacional com o governo peronista. Fonte: <<http://cgera.org.ar/que-es-la-cge/>>.

<sup>205</sup> A ACIEL foi fundada em 1959 com a finalidade de representar os interesses dos grandes empresários frente ao governo argentino, abarcou a Câmara Argentina de Comércio, a Bolsa de Comércio de Buenos Aires e a Sociedade Rural Argentina. Fonte: <<http://www.uia.org.ar/institucional.do?id=1>>.

<sup>206</sup> GALETTI, Pablo. **Líneas Contrapuestas en la Evolución de las Entidades Empresarias**. Realidad Económica. nº 174. Disponível em: <<http://www.iade.org.ar/modules/noticias/article.php?storyid=317>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

do peronismo. A UCR, principal partido de oposição ao peronismo, enfrenta mais um racha: a UCR Intransigente, de caráter anti-peronista que foi se tornando opositora do governo, e a UCR do Povo ligada aos militares.<sup>207</sup>

Em 1966, o governo se vê carente de força política e constantemente pressionado pelo sindicalismo peronista, os militares abandonam as pretensões democráticas e instauram uma ditadura fundando uma nova ordem política.<sup>208</sup> A partir daí a crise econômica foi atacada racionalizando o Estado, reduzindo o déficit fiscal e congelando os salários regulados pelo governo. A violência ganha espaço na política com a presença de grupos armados clandestinos, tanto de direita quanto de esquerda.<sup>209</sup> Despido de autoridade, incapaz de resolver os conflitos políticos e a crise econômica, o governo militar viu seu esgotamento em 1972. Perón ressurge no cenário político, mais aberto ao diálogo do que em outros tempos e agregando desde a extrema direita até a extrema esquerda, todos viam no velho líder um caminho para a reconstrução da república. Alguns viam uma possibilidade de ordem legítima devido à crise instalada após sua saída, desde então a Argentina teve dez presidentes, destes seis foram depostos, um renunciou e os demais foram provisórios. Mesmo antigo rivais, como grupos empresários estrangeiros e ruralistas, estavam dispostos ao diálogo.<sup>210</sup>

O retorno de Perón à presidência em 1973, após 18 anos de sua saída, parecia fechar um tempo de instabilidades e frustrações, a chapa composta com sua esposa Maria Estela Martinez de Perón contou com o lema “dependência ou libertação” e dispôs de amplo apoio, até mesmo de setores da oposição que acreditavam ser o retorno de Perón a única saída para a crise social e política instalada.<sup>211</sup> Uma vez no poder, teve de enfrentar paramilitares de extrema direita<sup>212</sup> e o conflito interno do peronismo que o dividia em

---

<sup>207</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 68.; ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 46.

<sup>208</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 44.

<sup>209</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 73; ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 62.

<sup>210</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 74.

<sup>211</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 59.

<sup>212</sup> **Galeria** de Presidentes. Disponível em: <<http://www.casarosada.gob.ar/nuestro-pais/galeria-de-presidentes>>.

pátria socialista e pátria peronista, a oposição empenhada em apoiar o governo constitucional manteve-se neutra.<sup>213</sup>

A inflação já era uma questão chave para qualquer projeto de desenvolvimento. Perón buscou desenvolver uma política econômica moderada, orientada por um grande pacto social onde trabalhadores e empregados voltariam a aceitar o papel arbitrário do Estado. Propôs-se a expandir o mercado interno, ampliar exportações industriais e estimular empresas nacionais sem hostilizar as empresas estrangeiras.<sup>214</sup> Para tocar seu pacto social, firmou acordo entre o Estado e as duas grandes corporações a CGE e a CGT, os empresários nacionais foram apoiados com os habituais recursos e proteção estatal, enquanto os sindicalistas viram repostos o poder perdido nos governos anteriores. Desta forma, esperava-se conter a inflação e as aspirações distributivas, afirmando o poder estatal deteriorado, esforço minado pela subida de preços do petróleo.<sup>215</sup>

Em 1º de Julho de 1974, o presidente falece e sua viúva Isabel se vê obrigada a governar em meio à crise econômica, sem a capacidade e autoridade que dispunha Perón o conflito corporativo é deflagrado. Diante da inflação crescente, enfrentando resistências do sindicalismo e com a economia em descontrole, o cenário político tornou-se propício para que os militares retomassem o poder sem grandes dificuldades. A partir daí, formou-se uma junta militar composta por comandantes das três armas que designou o presidente Jorge Rafael Videla.<sup>216</sup>

A ditadura que se inicia neste momento inaugura uma nova fase na economia política argentina, os processos voltados para abertura ao capital estrangeiro e sua introdução no seio do Estado, já sinalizados na intervenção que derrubou Perón em 1955, ganham novo fôlego. Daí decorreram, o endividamento do setor público com o mercado financeiro interno, o endividamento externo estatal, que possibilitou fugas de capitais ao exterior, e a subordinação estatal a uma nova lógica de acumulação de capitais por parte de frações dominantes permitindo, em algumas etapas, a estatização de dívidas privadas,

---

<sup>213</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 75.

<sup>214</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 75.

<sup>215</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 61.

<sup>216</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 76.

a dívida interna e a privatização de empresas públicas entregando-as ao poder estabelecido.<sup>217</sup>

A chamada “reorganização nacional”, um governo marcado pelo nacionalismo exacerbado, a violência e o autoritarismo, fez-se uma ditadura sem ditador, pois o seu presidente estava condicionado a uma divisão de jurisdição composta governadorias, ministérios e intendências.<sup>218</sup> O governo tratou logo de recuperar o monopólio da força eliminando grupos armados, em seu projeto constou a eliminação da proteção industrial, abertura do mercado para produtos estrangeiros e a renúncia do Estado na regulação financeira que levou a proliferação de entidades financeiras privadas.<sup>219</sup> De início, este projeto contou com o apoio de setores empresariais que apontavam um estancamento crônico da economia devido a uma contraposição entre dois projetos antagônicos, sendo o primeiro sustentado pela burguesia agrária, de perfil agroexportador; e o segundo voltado para o processo de industrialização por substituição de importações, ligado ao empresariado nacional e sindicatos, representado politicamente pelo peronismo. O objetivo final da intervenção foi eliminar o “empate” em favor da burguesia agrária. Desprotegidas, as empresas argentinas sucumbiram a concorrência internacional, pequenas e médias empresas entram em colapso puxando um processo de desindustrialização. Paradoxalmente, a concentração econômica proporcionou a criação de redes empresariais nucleadas em bancos e entidades financeiras com fortes ligações no Estado.<sup>220</sup>

No curto período da reorganização nacional, que vai de 1976 até 1983, o padrão de acumulação de capital sofreu grandes transformações e o caráter monetarista da política econômica sofria constrangimentos apenas devido aos setores nacionalistas das forças armadas. Em 1980-81, quando a economia apresentava novos picos inflacionários e o país já não conseguia arcar com sua dívida, alguns atores que haviam apoiado a

---

<sup>217</sup> BASUALDO, Eduardo. **Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea**. In.: *Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea*. p. 23. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>218</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 63.

<sup>219</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 78.

<sup>220</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. Disponível em: <[http://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual\\_2009/alumnos/2da\\_Se2ccion/texto06.pdf](http://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual_2009/alumnos/2da_Se2ccion/texto06.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

intervenção passaram a posição de críticos,<sup>221</sup> a derrota na guerra das Malvinas selou a renúncia de Galtieri. Reynaldo Bignone ficou a cargo de encerrar o regime, fato que se concretizou com as eleições de 1983.<sup>222</sup> O saldo após a “reorganização nacional” foi a desindustrialização que levou a uma preponderância do setor terciário, a concentração econômica que colocaria os grupos econômicos em posição de destaque e a dívida externa, que se tornaria mais uma preocupação constante aos governos democráticos, condicionando qualquer política governamental e convertendo credores estrangeiros em tutores do Estado.<sup>223</sup>

Diante de uma forte crise econômica e sem legitimidade, os militares anunciam a rendição e convocam eleições, a censura se afrouxou e vieram à tona detalhes da repressão, houve um renovado ativismo, um consenso geral sobre reivindicações de direitos humanos e o retorno à democracia.<sup>224</sup> A partir desse momento, inicia-se um período de normalidade institucional que perdura até os nossos dias. Em 1983, foi eleito o radical Raul Alfonsín que terminou seu governo em 1989, o justicialista Carlos Saúl Menem cumpriu um mandato de seis e um de quatro anos, devido a reforma constitucional. Em 1999, o eleito foi opositor Fernando de la Rúa que renunciou em 2001, o senador Eduardo Duhalde assumiu até a eleição do peronista Néstor Kirchner em 2003, em 2007 sua esposa Cristina Kirchner deu prosseguimento até 2015, quando Mauricio Macri passa a ocupar o cargo da presidência liderando uma coalisão liberal-conservadora que conta com o apoio modesto da UCR.

A redemocratização não significou uma mudança na política econômica da ditadura militar, ao contrário o regime de valorização financeira encontrou políticas que lhe fortaleceram. Passada a efervescência da redemocratização, a partir da segunda metade da década de 1990, a participação social se reativou, mesmo sem a unidade da década anterior, este se tornou um traço marcante do período impulsionado pela

---

<sup>221</sup> A Confederação de Associações Rurais de Buenos Aires e do Pampa (CARBAP) que vinha representando os ruralistas desde 1930 e havia apoiado a intervenção, engrossa o coro da União Industrial Argentina (UIA) que a essa altura já havia integrado a antiga ACIEL e o ramo fabril da CGE, e desde o princípio foi crítica da intervenção militar. **Confederación de Asociaciones Rurales de Buenos Aires y La Pampa**. Disponível em: <<http://www.carbap.org/Sitio/Institucional/Historia.asp>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; **Historia de la UIA**. Disponível em: <<http://www.uia.org.ar/institucional.do?id=1>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>222</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**.; ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 78.

<sup>223</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**.

<sup>224</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado; Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 66.

construção da memória coletiva mais fiel aos princípios democráticos no campo dos direitos humanos.<sup>225</sup>

A sociedade argentina iludiu-se com a recuperação democrática, o radical Raúl Alfonsín encarnou esse espírito ao afirmar que a partir da democracia havia garantia de estabilidade política e possibilidade de crescimento econômico. A ilusão democrática ocultou a magnitude dos problemas e, sem maioria no senado, o governo sofreu muitas limitações. A relação com os militares era delicada devido a reivindicações por punição aos crimes da ditadura. Os problemas enfrentados pelo governo eram, os já velhos conhecidos, déficit fiscal e inflação desatada, aliados aos novos elementos como o alto endividamento externo, forte concentração econômica<sup>226</sup> e estancamento da atividade produtiva agravada por subsídios agropecuários que entraram em cena na Europa.<sup>227</sup> Os limites da ação estatal eram a herança mais significativa da ditadura militar, que deixou um Estado penetrado por corporações “*contratistas*” que devoravam suas agências.<sup>228</sup> Na política econômica, buscou resolver demandas por igualdade social através do aumento da renda e reativação do mercado interno concedendo créditos aos médios empresários.

Em 1985, o Plano Austral foi anunciado, seu objetivo era superar a crise conjuntural. A receita no combate à inflação foi do controle cambial, congelamento de preços, salários e tarifas de serviços públicos. Enfrentando forte oposição da CGT e de parlamentares justicialistas, o governo se apoiou no empresariado.<sup>229</sup> O plano teve êxito no combate à inflação, estabilizou a economia sem provocar alterações substanciais em trabalhadores ou empresários, porém, sem propor reformas para conflitos importantes, logo se desgastou e a inflação reapareceu.<sup>230</sup> Em 1987, foi anunciado o plano Primavera, que tenta repetir a receita, rejeitado pela oposição justicialista e pela opinião pública, o plano foi avalizado pelos organismos internacionais de crédito. Sem resultados expressivos, a situação se acirrou quando o FMI e BM recusaram a liberar novos créditos ao país, no ano de 1989 o Austral se desvaloriza e produz uma onda hiperinflacionária.<sup>231</sup>

---

<sup>225</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 70.

<sup>226</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina.** Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 81.

<sup>227</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea.** p. 6.

<sup>228</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 72.

<sup>229</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea.** p. 8.

<sup>230</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina.** p. 73; ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina.** Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 81.

<sup>231</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea.** p. 8.

Com a situação agravada por frequentes saques e assaltos, o justicialista Carlos Menem se impôs com facilidade e Raúl Alfonsín entrega o cargo antecipadamente.<sup>232</sup>

A Argentina já estava acostumada a conviver com crises inflacionárias, no entanto o ano de 1989 protagonizou o maior pico inflacionário da história do país, com algo em torno de 3.000%, neste cenário que o peronista Carlos Saúl Menem foi eleito a presidência.<sup>233</sup> Após eleito, o discurso peronista deu lugar ao entusiasmado programa neoliberal, defendido como a única saída para a inflação e como passo de entrada no “primeiro mundo”. Sua estratégia geral consistia em reduzir os benefícios outorgados pelo Estado de Bem-Estar, reduzir o controle sobre as empresas e dar novo impulso ao capitalismo.<sup>234</sup> A partir daí, ocorreram uma série de mudanças estruturais que provocaram uma “revolução no capitalismo argentino”.<sup>235</sup> Apoiado nas leis de Emergência Econômica e de Reforma do Estado, ambas de 1989, foi possível criar um marco jurídico necessário à consolidação do modelo, concentrando poderes no executivo, que pode avançar sem a aprovação no congresso.<sup>236</sup> A incorporação de grupos dominantes permitiu ao governo lograr estabilidade para implementar o Decreto de Desregulação Econômica e o programa de privatizações. Deste modo, as medidas de abertura econômica que vinham sendo implementadas irregularmente desde o ano de 1975, chegaram ao seu auge.<sup>237</sup>

No ano de 1991, já com Domingo Cavallo na pasta da economia, foi aprovada a Lei de Convertibilidade que consistia em atar o Peso ao Dólar. Unido ao fluxo de capitais externos o êxito foi imediato, porém na fatura entregue constava a renúncia do Estado em políticas monetárias, a fuga de capitais<sup>238</sup> e o drástico aumento da dívida externa

---

<sup>232</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 82.

<sup>233</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina**: La consolidación de una Valorización Financiera. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>234</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado**: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina. p. 75.

<sup>235</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. *Historia Argentina Contemporánea*. P. 9.

<sup>236</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina**: La consolidación de una Valorización Financiera. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. p. 109. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>237</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 10.

<sup>238</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado**: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina. p. 75.

argentina.<sup>239</sup> A estabilidade e um certo respiro da crise deu ao plano de convertibilidade um amplo consenso.<sup>240</sup> Neste mesmo pacote, vieram as privatizações de empresas públicas, a arrecadação obtida com a venda dessas empresas teve boa parte comprometida com o pagamento de parte da dívida externa, pois credores trocaram seus títulos da dívida por bens patrimoniais, e empresários com contratos com empresas estatais se converteram em proprietários e gestores.<sup>241</sup> Com isso, a indústria nacional sofreu mais um duro golpe e a Argentina tornou-se dependente do fluxo de capitais para compensar o déficit da balança comercial.<sup>242</sup>

Com essa mudança na estrutura de produção, se beneficiaram setores médios que puderam dispor de maior consumo e o setor de serviços avança sobre a indústria.<sup>243</sup> Além disso, foram beneficiados também, os grupos empresariais formados por consórcios do grande capital que dominaram o espaço, os grupos empresariais nacionais que tiveram sua dívida externa estatizada, os bancos e as empresas privadas de operadores internacionais que multiplicaram seus lucros com a convertibilidade.<sup>244</sup> Além disso, houve o encarecimento da produção local, devido ao custo do peso comprar mais no mercado internacional do que no mercado interno.<sup>245</sup> Para os trabalhadores restou a queda dos salários, os altos índices de desemprego e o sucateamento dos serviços de educação e saúde.<sup>246</sup> O sindicalismo, que até esse momento havia ocupado um lugar na história política argentina, não conseguiu preservar sua capacidade reivindicativa diante da mudança da relação histórica entre o Estado e trabalhadores. A ofensiva do Estado causou

---

<sup>239</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 10.

<sup>240</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. p. 82.

<sup>241</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 74.

<sup>242</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 11.

<sup>243</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 11.

<sup>244</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina: La consolidación de una Valorización Financiera**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. p. 112. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>245</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina: La consolidación de una Valorización Financiera**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. p. 120. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>246</sup> ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires: 2013. p. 83; ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 74.

uma diáspora criando agrupamentos alternativos à CGT.<sup>247</sup> Abalado pelas privatizações e modificações na legislação trabalhista, o sindicalismo deu lugar a ações mais inorgânicas, como as organizações piqueteiras.

Outro aspecto importante do período foi a formação do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL), também no ano de 1991, que se constituiu como uma resposta regional ao processo de globalização da economia mundial. O bloco envolveu a Argentina, Paraguai e Uruguai, além do Brasil que, na qualidade de sócio majoritário, aumentou em 191% o comércio com os argentinos, ao ponto de gerar protestos de seus empresários.<sup>248</sup>

De 1992 até 1994, foi a idade do ouro da convertibilidade, a partir daí inicia-se um processo de esgotamento devido a redução dos fluxos estrangeiros, primeiramente em função das crises que se abateram sobre o México, em 1995, e posteriormente devido a crise asiática.<sup>249</sup> Os sinais de desgaste do modelo praticado por Menem, fizeram com que as reformas de segunda geração não fossem aplicadas plenamente, é o caso das reformas do sistema de seguridade social e desregulação das obras sociais.<sup>250</sup> O segundo ciclo da convertibilidade se dá entre 1996 e 1998, a partir daí inicia-se um ciclo de depressão que termina com o colapso absoluto do esquema em 2001.<sup>251</sup>

Com a maturação da crise da convertibilidade e instalação do caos monetário, o radical Fernando de la Rúa, que sucedeu a Menem na presidência a partir de 1999, não encontrou outro caminho senão a renúncia. De 2001 até 2003, a Argentina esteve sob uma série de governos provisórios até a eleição de Nestor Kirchner. Passaram pela presidência argentina, neste período, o justicialista Ramón Puerta então presidente do Senado que tomou posse em 20 de dezembro de 2001, dias depois a Câmara dos Deputados elege Adolfo Rodríguez Saá,<sup>252</sup> que por sua vez, suspende o pagamento da dívida externa,

---

<sup>247</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 12.

<sup>248</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 11.

<sup>249</sup> MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. p. 10;

<sup>250</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina**: La consolidación de una Valorización Financiera. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. p. 147. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>251</sup> NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina**: La consolidación de una Valorización Financiera. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. p. 127. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>252</sup> **Federico** Ramón Puerta (2001). Disponível em: <<http://www.casarosada.gob.ar/galeria-de-presidentes/419-federico-ramon-puerta-2001?template=blank>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

porém sem apoio até mesmo entre os justicialistas, teve de renunciar. Eduardo Oscar Camano, presidente da Câmara dos Deputados, assume interinamente até que a Câmara eleja um novo presidente.<sup>253</sup>

Eduardo Duhalde, justicialista, que havia sido vice-presidente no primeiro mandato de Menem, assumiu o cargo em 1 de janeiro de 2002, com a missão de completar o tempo de governo até que se convocassem novas eleições. Adotou um discurso produtivista diferente daquele que havia predominado na década prévia e enfrentou o setor financeiro acreditando que a Argentina poderia sobreviver com recursos próprios e sem acordos condicionados como no passado.<sup>254</sup> Como medida de impacto na mudança de rumo, Duhalde deu fim a convertibilidade estabelecendo um novo tipo de câmbio fixo,<sup>255</sup> criou um mecanismo de interação com a indústria nacional, por meio da criação do Ministério da Produção ocupado pelo presidente da União Industrial Argentina (UIA).<sup>256</sup>

Por meio do decreto nº 486/02, Duhalde declarou emergência sanitária e reformulou créditos fornecidos pelo BID para a criação de programas de acesso à medicamentos essenciais e fortaleceu o Conselho Federal de Saúde como ator de intermediação de conflitos.<sup>257</sup> Deste modo, quando a institucionalidade parecia entrar em

---

<sup>253</sup> Adolfo Rodríguez Saá (2001). Disponível em: < <http://www.casarosada.gob.ar/nuestro-pais/galeria-de-presidentes>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>254</sup> Eduardo Aberto Duhalde (2002 – 2003). Disponível em: < <http://www.casarosada.gob.ar/nuestro-pais/galeria-de-presidentes>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>255</sup> Para maiores informações sobre tipologias de regimes cambiais ver; WAINER, Andrés. **Principales Características del Padrón de Crecimiento Instaurado en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. p. 151.

<sup>256</sup> WAINER, Andrés. **Principales Características del Padrón de Crecimiento Instaurado en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. Disponível em: < <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>257</sup> ARGENTINA. Decreto nº 486, de 12 de março de 2002. **Emergencia Sanitaria Nacional**: Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional. Atribuciones del Ministerio de Salud. Suministro de Insumos y Medicamentos a Instituciones Públicas de Salud con Servicios de Internación. Atribuciones del Consejo Federal de Salud. Financiamiento. Régimen de Compras y Contrataciones. Monitoreo de Precios e Importación. Listados de Medicamentos e Insumos. Precios de Referencia. Prescripción por Genéricos y su Sustitución. Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos. Creación y Funcionamiento. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Garantía de las Prestaciones Básicas Esenciales. Fondo Solidario de Redistribución. Colegios Profesionales. Sentencias con Condenas de Pago. Emergencia Sanitaria y Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Atribuciones del Interventor Normalizador. Contrataciones del citado Instituto. Relevamiento y Control de Deudas. Disposiciones Finales. Disponível em: < <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

uma nova crise, uma mudança no arranjo da política econômica apontou um novo rumo para o país, ainda que este rumo não constituísse um padrão bem definido, mas linhas de um modelo distinto daquele que havia predominado nos anos anteriores. Como resultado as taxas de crescimento experimentaram uma queda inicial que logo se recuperou, a elevação do custo de importações incentivou uma progressiva recuperação da indústria nacional, notadamente, sobre um modelo de substituição de importações, uma vez que as exportações só irão experimentar crescimento após 2003.<sup>258</sup>

Nestor Kirchner assumiu a presidência em 2003, dando continuidade ao novo caminho apontado após a queda da convertibilidade. Nos primeiros anos de governo, tratou de pôr ordem no caos monetário, estabelecer acordos com credores e aplicar subsídios sociais que vieram a comprometer as organizações piqueteiras. Gradualmente, o aumento das exportações agropecuárias permitiu medidas mais consistentes estimulando a indústria mediante proteções cambiárias e impulsionando obras públicas, afim de reduzir o desemprego e tonificar o mercado interno. Os empresários foram beneficiados seletivamente, mediante subsídios variados ou via contratos para obras públicas. Esse tipo de socorro se estendeu as organizações sociais e gremiais, inclusive à governos provinciais, constituindo um eficaz aparato de sufrágio. Assim, os conflitos históricos da política argentina foram atenuados por força de subsídios.<sup>259</sup>

Esse caminho, inicialmente trilhado como conjuntural aos poucos foi se convertendo no *modelo Kirchner*, caracterizado pela intervenção do Estado na economia assumindo o papel de seu coordenador, pela revitalização das políticas sociais e o fortalecimento da indústria nacional e do mercado interno. O arranjo firmado no governo de Nestor Kirchner sofreu algumas alterações influenciadas pela conjuntura, mas não retornou ao padrão experimentado durante a década de 1990 nos governos de Cristina Kirchner, que o sucedeu em dois mandatos. Essa mudança no arranjo da política econômica não foi exclusividade argentina, diversos países da América Latina, após as crises do experimento neoliberal no final da década de 1990, elegeram coalizões de centro-esquerda que passaram a questionar as virtudes do mercado e a propor formas de

---

<sup>258</sup> WAINER, Andrés. **Principales Características del Padrón de Crecimiento Instaurado en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>259</sup> ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. p. 78.

coordenação econômica. Neste sentido, temos também Michele Bachelet no Chile, Fernando Lugo no Paraguai, Evo Morales na Bolívia e Luís Inácio Lula da Silva no Brasil.

Na Argentina, essa mudança no arranjo político significou a mudança no padrão de crescimento que deixou de ser liderado pelo setor de serviços passando à frente o setor produtor de bens, com destaque para a indústria manufatureira a qual seu superávit é um dado novo em termos históricos, uma vez que, sempre foi deficitário comercialmente.<sup>260</sup> O emprego foi fortalecido substancialmente, pois de 1991 à 2001 teve crescimento médio de 0,3%, a partir daí, passou a apresentar média de 6,5% o que ajudou a conduzir o país a um crescimento de 40% de 2002 até 2008.<sup>261</sup>

Falar da história da Argentina moderna, é falar de acirradas disputas entre grupos políticos, constantes rupturas institucionais e ondas inflacionárias cada vez maiores. Na primeira metade do século XX, setores urbanos nucleados na UCR ocuparam o espaço e imprimiram sua fisionomia na política do país, a participação política se estendeu e a burguesia agrária, que havia dominado o período anterior, perdeu espaço. Pouco tempo depois, surgem o peronismo e o sindicalismo, como respostas aos anseios da nova classe de trabalhadores formada a partir da urbanização e da incipiente industrialização. Na segunda metade do século XX, diante falta de entendimento entre as forças políticas e da dificuldade de construir novos mecanismos institucionais de negociação, o caminho mais adotado foi o das intervenções militares com a finalidade de anular o crescimento político das organizações dos trabalhadores e garantir espaço da burguesia agrária.

No último quartil de século, as transformações ganham um novo ritmo. Paulatinamente, o capital financeiro e as grandes corporações multinacionais penetram no Estado argentino e começam a imprimir seu programa político. Na década de 1990, a política desses grupos encontrou o seu ápice e o programa neoliberal é aplicado sem grandes barreiras, as políticas de privatização, desregulação, flexibilização do trabalho e liberalização da economia são levadas a adiante com grande vigor. Ao final da década de 1990, os resultados são desastrosos e, na mesma frequência com a qual vários países

---

<sup>260</sup> WAINER, Andrés. **Principales Características del Padrón de Crecimiento Instaurado en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. p. 159. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>261</sup> GONZÁLEZ, Mariana. **El Mercado de Trabajo en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

latino-americanos aderiram a uma política econômica voltada para o mercado no princípio do decênio, ao seu término, vários destes países enfrentavam crises que afetavam sobretudo o emprego. A partir daí, ganharam espaço propostas relacionadas a coordenação econômica e políticas sociais como forma de elevar os indicadores socioeconômicos e garantir condições de governabilidade. Assim, o peronismo que, a partir de 1955, fez-se como resistência a exclusão política no mundo das negociações corporativas, já havia proposto transformações radicais na sociedade nos anos de 1970 e, nos anos 1990, sustentou a reforma do Estado, converteu-se no principal administrador de recursos e articulador das políticas sociais.

## **2.2. Trajetória e Características do Sistema de Saúde Argentino.**

Nas linhas que seguiremos traçaremos uma análise do desenvolvimento do sistema de acesso à saúde na Argentina, buscando ressaltar os momentos de destaque na formação dos atores mais relevantes da agenda e as alterações nos marcos regulatórios que estabelecem as regras do jogo. Ao final desta seção apontaremos a disposição atual do sistema de serviços de saúde no país, identificando o papel desempenhado por cada um de seus subsetores.

O sistema previdenciário argentino tem suas raízes ainda no século XIX, quando as associações mutualísticas de categorias profissionais criaram as primeiras caixas de pensões. Em 1904, o governo argentino começa a legislar a respeito, criando caixas nacionais que ofereciam aposentadorias para trabalhadores do setor público e privado, além de garantir pensões para seus dependentes em caso de morte do contribuinte. Ao final da primeira metade do século XX, o sistema argentino é um dos mais abrangentes da América Latina.<sup>262</sup> A partir do evento que ficou conhecido como “Revolução de 1943”, o sindicalismo ganha espaço no sistema político argentino e se torna determinante nas formas da organização dos serviços de saúde e atenção médica no país. Em 1944, com o decreto nº 30.655, cria-se a *Comissão Nacional de Serviço Social* que regulamenta as obras sociais sindicais, instituições que gerenciariam as caixas de previdência, que seriam unificadas ao sistema de prestação de serviços de saúde. Deste modo, o sistema público

---

<sup>262</sup> **Evolución del sistema provisional argentino.** Disponível em: <  
<http://www.anses.gov.ar/general/institucional/historia-anses-220>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

se converteu em um centro de novos profissionais e atendimento aos que não fossem segurados pelas obras sociais.<sup>263</sup>

Segundo o decreto nº 30.655/44, as obras sociais deveriam ser “*criadas nos estabelecimentos de qualquer ramo da atividade humana*” e deveriam fornecer serviços de atenção médica gratuita, atenção farmacêutica ao preço de custo, fornecimento de artigos de alimentação, vestimenta e artigos de uso doméstico essenciais. Em 1946, Perón inicia seu governo que viria a ser exercido até 1955, neste período há um fortalecimento das estruturas públicas de atendimento à saúde. Em 1949, foi criado o Ministério da Saúde Pública, que introduz explicitamente o papel das obras sociais, estabelecendo que o atendimento à saúde deveria ser realizado mediante a ação estatal pura, a cooperação entre a ação estatal e organismos médico assistenciais privados (em especial aqueles dependentes de associações profissionais) e a ação privada exclusiva, desde que supervisionada pelo Estado. Deste modo, estabeleceu-se a atual estrutura do sistema de serviços de saúde na Argentina.

Já durante o governo militar, por meio da lei nº 17.230/67, foi criada a Comissão Nacional de Obras e Serviços Sociais, que ficou encarregada de desenvolver um estudo sobre a ação das obras sociais,<sup>264</sup> o resultado da pesquisa avaliava como difícil as realizações das obras sociais, em virtude da assimetria de obrigações e direitos dos membros observados. Avaliava ainda, que as diferenças nas prestações de serviços apresentavam uma violação dos princípios de igualdade de oportunidades e da justiça distributiva, universalmente aceitos como um fundamento de todo o sistema de proteção social.<sup>265</sup> Esta orientação é fruto de uma preocupação que permeou a década de 1960, de incorporar elementos regulatórios à forte heterogeneidade das obras sociais desenvolvidas nas décadas anteriores.

De modo a conciliar-se com sindicalismo, após o movimento de protesto de maio de 1969, que ficou conhecido como “Cordobazo”, e que acabou por causar a deposição

---

<sup>263</sup> **El surgimiento** de las obras sociales. Disponível em: <<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>264</sup> **El Tiempo** Social de la Revolución Argentina. Disponível em: <[http://www.cgtargentinos.org/pdfs/segunda\\_parte.pdf](http://www.cgtargentinos.org/pdfs/segunda_parte.pdf)>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>265</sup> MERA, Jorge A. **Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en la Argentina**: Una Introducción. Organización Panamericana de Salud – OPS/OMS Argentina. 1ª ed, Buenos Aires: 2003. p. 57. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=ieUp2dMucbYC&pg=PA57&ots=3JfIRVorz6&dq=Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Obras%20y%20Servicios%20Sociales&hl=pt-BR&pg=PA2#v=onepage&q=Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Obras%20y%20Servicios%20Sociales&f=false>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

do presidente Juan Carlos Onganía, em fevereiro de 1970 foi editada uma nova Lei de Obras Sociais nº 18.610.<sup>266</sup> Tal ato, criava um sistema de obras sociais ordenando os entes pré-existentes, entre outros feitos importantes a norma determinou a criação do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), como um organismo descentralizado de promoção, coordenação e integração das obras sociais, além de controle técnico, administrativo e contábil. Também universalizou a cobertura em lares com trabalhadores formais, estendendo a cobertura a todos os trabalhadores sob convenção coletiva e não só a filiados, o mesmo valia a suas famílias. Além disso, a nova legislação reconhece também a plena jurisdição dos sindicatos sobre o manejo financeiro, administrativo e assistencial das obras sociais. Por outro lado, em dezembro de 1970, foi sancionada a lei nº 18.912 que, do mesmo modo, concilia-se com as corporações de profissionais. Com esta normativa, consagrou-se o direito exclusivo da Confederação Médica da República Argentina (COMRA)<sup>267</sup> para contratar prestações de atenção médica e a Confederação de Clínicas, Sanatórios e Hospitais (CONFELISA)<sup>268</sup> para o que se refere a internação.<sup>269</sup> Criou-se então, uma situação de impasse entre sindicatos e entidades profissionais, pois os primeiros haviam reconquistado o direito de gerenciar e administrar as obras sociais, mas logo após tiveram de aceitar imposições das agremiações médicas sem que tivessem qualquer interferência. Neste cenário, os sindicatos gerenciavam obras sociais, mas a disponibilidade de profissionais e clínicas para prestações de serviços era controlada pela COMRA e pela CONFELISA.

Diante do impasse gerado, em setembro de 1974, o Estado toma para si a tarefa de ser co-gestor de um projeto de planejamento da saúde. A partir da lei nº 20.748, promoveu-se a criação do Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS), que contemplava a criação de um Conselho Federal de Saúde, onde representantes dos atores participantes da agenda de saúde teriam lugar e corpo consultivo de secretário executivo nacional.

---

<sup>266</sup> ARGENTINA. Lei nº 18.610, de 23 de Fevereiro de 1970. **Obras Sociales:** Financiamiento y Funcionamiento; Creación de Instituto Nacional de Obras Sociales; Creación del Registro Nacional de Obras Sociales. Disponível em: <<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-095.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>267</sup> Fundada em maio de 1941 a Confederação Médica da República Argentina é uma entidade gremial que atua pelos direitos profissionais de médicos no âmbito público e privado em todo o território argentino. Fonte: <<http://www.comra.org.ar/institucional/historia>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>268</sup> Fundada em dezembro de 1864 a Confederação Argentina de Clínicas, Sanatórios e Hospitais representa os interesses do empresariado do setor de saúde frente as instituições públicas, obras sociais e entidades internacionais. Fonte: <<http://www.confelisa.com.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>269</sup> BELMARTINO, Susana. **Los procesos políticos de toma de decisiones en salud:** Historia y teoría. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino1.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

Contudo, diante de um novo governo militar, instaurou-se a lei nº 22.269/80,<sup>270</sup> que interviu nas obras sociais sindicais. de modo que, o Estado passou a administrar seus fundos, separou-as administrativa, financeiramente e patrimonialmente dos sindicatos, eliminou a obrigatoriedade de filiação na obras sociais sindicais, ficou autorizado a cobrar 90% da contribuição pessoal para adesão em outra obra social ou plano privado, além da proibição das obras sociais sindicais montarem estrutura própria. A disposição desta normativa foi um poderoso incremento nos contratos com o setor privado.

Após a redemocratização do país, o novo governo buscou criar um Sistema Nacional de Saúde, que enquadrava as obras sociais com características diferenciadas daquelas solicitadas pelo sindicalismo (que reivindicava a recuperação da lei nº 18.610/70), ou mesmo do empresariado do setor (que lutava pela manutenção do modelo). As normas foram aprovadas em 1988 e legislaram separadamente o novo sistema de saúde e as obras sociais. Como resultado deste processo, o Estado assumiu as dívidas das obras sociais acumuladas durante o período de intervenção militar, reconheceu sua titularidade patrimonial e o direito de gestão administrativa e financeira por parte dos sindicatos, criou a Administração Nacional de Seguro Saúde (ANSSAL), que incorporou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), com participação sindical, mas com representação majoritária do Estado,<sup>271</sup> por fim, manteve a contribuição dos trabalhadores para o sistema (1% do trabalhador e 1% para sua família) e aumentou de 2% para 6% a dos empregadores.<sup>272</sup> Já no Governo Menem, a lei Nº 23.661/89, em seu artigo 1º registra:

*“Cria-se o Sistema Nacional de Seguro de Saúde, com os alcances de um seguro social, a fim de buscar o pleno gozo do direito de saúde para todos os habitantes do país sem discriminação social, econômica, cultural ou geográfica. O seguro se organizará*

---

<sup>270</sup> ARGENTINA. Lei nº 22.269, de 30 de Julho de 1980. **Obras Sociales**: Sustituyese el Régimen de la Ley nº 18.610 y sus Modificatorias, que Regulan la Estructura y Funcionamiento de las Obras Sociales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/114909/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>271</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.661, de 5 de janeiro de 1989. **Sistema Nacional del Seguro Salud**. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>272</sup> **El Surgimiento** de las Obras Sociales. 2000. Disponível em: <<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

*dentro do marco de uma concepção integrada do setor de saúde, onde a autoridade pública afirme seu papel de condução geral do sistema e as sociedades intermediárias consolidem sua participação na gestão direta das ações, em consonância com os ditames de uma democracia social moderna”.*<sup>273</sup>

Ainda no pacote de janeiro de 1989, promulgou-se a lei nº 23.660, que visava regulamentar as obras sociais, ficavam regimentadas pela norma as obras sociais sindicais, aquelas de organismos de governo e também as de administração mista. No texto, ficaram determinados os percentuais mínimos de aportes destas obras sociais para o cumprimento de funções como serviços de atenção à saúde de seus segurados e estabeleceu também a criação da Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS), organismo que iria regulamentar as funções das obras sociais e credenciá-las para seu funcionamento.<sup>274</sup>

Deste modo, esta reforma buscou afirmar o papel do Estado na condução das políticas de saúde, em um esforço de ampliar o acesso e reduzir as assimetrias nas prestações de serviços. A partir daí, estabeleceu-se um modelo onde a Administração Nacional de Seguro de Saúde (ANSSAL) se apresentava como arena decisória no âmbito dos agentes de seguro saúde e a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) como organismo de regulamentação desses prestadores de serviços. Posteriormente, esses organismos foram fundidos com a criação da Superintendência de Serviços de Saúde (SSSalud), mediante decreto nº 1.615 em 1996, que unificou o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) criado pela lei nº 18.610/70, que já havia sido incorporado à Administração Nacional de Seguros de Saúde (ANSSAL) criada pela lei nº 23.661/89 e a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS) criada pela lei nº 23.660/89. Deste modo, atualmente, a SSSalud cumpre as funções de administração, fiscalização e controle dos

---

<sup>273</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.661, de 5 de janeiro de 1989. **Sistema Nacional del Seguro Salud**. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>274</sup> ARGENTINA. Lei Nº 23.660, de 05 de janeiro de 1989. **Ley de Obras Sociales**. Disponível em: <[http://www.integrando.org.ar/juridico/obras\\_sociales\\_23660.htm](http://www.integrando.org.ar/juridico/obras_sociales_23660.htm)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

agentes de seguro saúde, de sua estrutura administrativa, missão e objetivo de cada uma de suas gerências e sub-gerências determinadas pelo decreto n° 1576/98.<sup>275</sup>

No início da década de 1990, o sistema previdenciário argentino começa a sofrer uma série de reformas que impactam nos serviços de saúde. Na primeira fase dessas reformas, buscou-se reduzir o excessivo grau de fragmentação, unificando todos os regimes de previdência e criando um órgão para sua administração. Por força do decreto n° 2741/91, criou-se a Administração Nacional de Seguridad Social (ANSES) encarregada de administrar prestações e serviços nacionais de seguridad social.<sup>276</sup>

Na segunda onda de reformas em 1994, o foco foi a sustentabilidade do sistema, estabelecendo novas bases de arrecadação e novos mecanismos de concessão, gestão dos benefícios para novos egressos no mercado de trabalho e regras de transição para os trabalhadores sob tutela do antigo sistema. As dificuldades de implantação do pacote de reformas de 1994 inviabilizaram a solução dos problemas oriundos do antigo sistema e produziram um ambiente de desconfiança e desalento da população em relação ao novo modelo. A implantação desse modelo gerou um desfinanciamento do sistema público, agravado pelo aumento do desemprego, trabalho informal e precariedade do mercado de trabalho, somado ainda, ao grau de evasão do sistema argentino causado pelas diversas fontes de financiamento e descentralização.<sup>277</sup> Assim, a capacidade de financiamento público no sistema de serviços de saúde se vê comprometida, favorecendo ao aumento de seu grau de sucateamento.

A partir de meados da década de 1990, sob o impacto da primeira crise do modelo de convertibilidade, podemos notar que há a formação de um ambiente institucional que começa a favorecer regulamentações e o fortalecimento de políticas de proteção social, ao menos no que tange a política de saúde. Em setembro de 1995, foi criado o Programa Médico Obrigatório (PMO), por força do decreto n° 492/95.<sup>278</sup> Objetivando reduzir as

---

<sup>275</sup> ARGENTINA. Decreto n° 1576, de 30 de dezembro de 1998. **Superintendencia de Servicios de Salud**. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/55827/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>276</sup> **La creación** de ANSES. Disponível em: <<http://www.anses.gov.ar/general/institucional/historia-anses-220>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>277</sup> MEDICI, A. **Avaliando a Reforma na Previdência na Argentina nos anos 90**. Rio de Janeiro: dez, 2002.; SACARDO. Daniele Pompei. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: Perspectivas para a integração regional**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

<sup>278</sup> ARGENTINA. Decreto n° 492. De 22 de setembro de 1995. **Seguridad Social: Programa Medico Obligatorio. Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parcial. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Derógase el decreto N° 282/95**. Disponível em:

assimetrias entre os serviços prestados pelos diversos agentes do serviço de saúde, já em seu artigo primeiro, o decreto determina que todos os beneficiários dos agentes do Sistema Nacional de Seguro Saúde (obras sociais e rede pública) terão direito de receber prestações médico-assistenciais estabelecidas no programa médico de assistência, que viria a ser aprovado pelo Ministério da Saúde e Assistência Social. Isso significou o estabelecimento de parâmetros mínimos ao quais as obras sociais teriam de fornecer para continuarem em funcionamento. Em dezembro do ano seguinte, a lei nº 24.754<sup>279</sup> obriga as empresas de planos de saúde a cobrir como mínimo em seus planos as mesmas obrigações dispostas para as obras sociais. Em dezembro de 2001, o Instituto Nacional de Associativismo e Economia Social (INAES) publica resolução nº 2.584, na qual declara conformidade com a Lei de Obras Sociais (Lei nº 23.661/89), o que coloca as associações mutuais no *hall* dos agentes do Sistema Nacional de Seguro Saúde e as obriga assim a cumprir as obrigações do PMO.<sup>280</sup>

Em 2001 e 2002, a Argentina vive em cenário de grave crise economia, com altos índices de inflação e taxas de desemprego, temos ainda uma forte tensão institucional caracterizada por uma sucessão de presidentes interinos, essas crises acertam em cheio a saúde do país. Ainda em 2001, durante o governo Fernando de la Rúa, a crise atingiu seu ápice e o Ministério da Saúde estava sentenciado a morte. A tese que apontava seu fim parecia hegemônica, pois as autoridades provinciais vislumbravam a possibilidades de captar maior volume de recursos e, para as autoridades econômicas nacionais, era a chance de reduzir o gasto público acusado de responsabilidade no déficit fiscal. Com a chegada de Eduardo Duhalde à presidência, assume o ministério da saúde Ginés González García, que tomou para si a tarefa de promover a população acesso a medicamentos essenciais<sup>281</sup> e seguiu uma nova linha de ação, partindo da convicção de que a crise é

---

<<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27540/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>279</sup> ARGENTINA. Lei nº 24.574, de 23 de dezembro de 1996. **Medicina Prepaga:** Establécese que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>280</sup> **Honorable Cámara** de Diputados de la Nación; Secretaria Parlamentaria; Dirección de Información Parlamentaria. Reseña de Legislación; Programa Médico Obligatorio; Legislación Nacional Vigente. p. 6. Disponível em: <<http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/RL.109.05.00-1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>281</sup> FORGAS, Rosa Ana Herrera de. **Doña Remediar:** el sentido de pertenecer. Boletín PROAPS – REMEDIAR. ISSN 1668-2815. Vol. 3, nº 21, Jul, 2006. Disponível em: <[http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines\\_remediar/boletin21.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines_remediar/boletin21.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

resultado da falta de políticas, daí o Conselho Federal de Saúde (COFESA) adquire um protagonismo e capacidades sem precedentes.<sup>282</sup>

Criado em 1981, mediante lei nº 22.373,<sup>283</sup> que fornece também as normas para seu funcionamento, estrutura e funções, o COFESA tem seu principal precedente na criação do Comitê Federal de Saúde pela lei nº 19.717/71, que logo após sua criação suas funções passam a integrar o Sistema Nacional Integrado de Saúde (SNIS). Em 1976, com a ditadura, o SNIS é anulado e o setor fica sem uma instância formal de encontro, porém as reuniões continuam a ocorrer informalmente.<sup>284</sup> O COFESA é criado para ocupar o lugar de instância de coordenação e negociação do Estado, um espaço de encontro e articulação dos poderes inter-jurisdicionais do país, trata-se de uma arena institucional capaz de reunir a legalidade e também a legitimidade baseada em um acordo formal, um espaço que obriga, mas também reúne e agrega pessoas. Sua missão é coordenar o desenvolvimento setorial em matéria de saúde em toda a república.

Na prática, o COFESA teve, desde sua criação até o ano de 2001, uma escassa incidência nas decisões provinciais ou nacionais em saúde. O descuido das autoridades com o órgão se traduziu na sua reduzida capacidade de contribuição no setor, pois o organismo não conseguiu se estabelecer nem como instância coordenadora, nem de acordo entre jurisdições. Isso se acentuou de maneira significativa em 2000 e 2001, quando foi quase desativado completamente e reuniu-se poucas vezes dando uma sensação de que os encontros possuíam apenas um caráter formal. Em 2002, quando a crise econômica e política começa a ameaçar o sistema de saúde e o estado de saúde da população, o COFESA dá um giro em sua história. Sua revitalização é um objetivo explícito do novo ministro da saúde, as reuniões voltam a ser convocadas, documentos voltam a ser produzidos e os temas de maior interesse permanecem na pauta por um longo

---

<sup>282</sup> TOBAR, Frederico; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez. **El consejo Federal de Salud Argentino**: Actor Chave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. p. 4. Disponível em:<  
<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>283</sup> ARGENTINA. Lei nº 22.373, de 13 de janeiro de 1981. **Consejo Federal de Salud**. Disponível em:<  
<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.>.

<sup>284</sup> PALANZA, Valeria. **Espacios de Consenso Alternativos**: Los Consejos Federales de la Política Social en Argentina. Documento 71, 2002. p. 30. Disponível em:<  
<http://faculty.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt71.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

período.<sup>285</sup> As temáticas predominantes são: o programa de emergência sanitária nacional, a política de universalização de acesso a medicamentos (em particular leis provinciais de promoção de genéricos e o Programa Remediar) e a execução de programas nacionais prioritários como materno-infantil e saúde sexual.<sup>286</sup>

Em fevereiro de 2002, o COFESA firmou seu primeiro acordo de gestão, onde ficou claro o intento de abrir o debate com a sociedade civil e criar consensos com os setores envolvidos na questão sanitária.<sup>287</sup> Composto por um amplo leque de atores, neste acordo, estavam presentes a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA), representantes dos médicos como a COMRA<sup>288</sup> e CORA,<sup>289</sup> representantes do empresariado do setor como a CADIME,<sup>290</sup> ADECRA<sup>291</sup> e CONFELISA<sup>292</sup>, representantes dos planos de saúde,<sup>293</sup> das obras sociais provinciais,<sup>294</sup> mutuais<sup>295</sup> e de direção,<sup>296</sup> as principais centrais sindicais CGT, MTA e CTA, representante dos

---

<sup>285</sup> Neste período inicial de revitalização do COFESA encontramos *on line* apenas atas de acordos de gestão que estão disponíveis em: <<http://www.msal.gob.ar/index.php/home/cofesa/actas-cofesa>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>286</sup> TOBAR, Federico; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez. **El consejo Federal de Salud Argentino: Actor Chave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo.** Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. p. 46.

<sup>287</sup> CONSEJO FEDERAL DE SALUD. BUENOS AIRES. Acuerdo de Gestión. Fevereiro de 2002. Disponível em:<<https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/ACF104.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>288</sup> Fundada em maio de 1941 a Confederação Médica da República Argentina (COMRA) é uma entidade gremial que atua pelos direitos profissionais de médicos no âmbito público e privado em todo o território argentino. Fonte: <<http://www.comra.org.ar/institucional/historia>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>289</sup> Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA) representante dos odontólogos. Disponível em:<<http://www.cora.org.ar/sobre-nosotros.php>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>290</sup> *Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico* (CADIME) que possui foco na representação das pequenas e médias empresas do setor de saúde. Disponível em: <<http://cadime.com.ar/index.php/es/institucional/que-es-cadime>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>291</sup> *Asociación de Clínicas de la República Argentina* (ADECRA) representante de hospitais, clínicas e sanatórios privados prestadores de serviços em saúde. Disponível em:<<http://www.adekra.org.ar/index2.cfm?CategoryID=26260&do=List&storeid=64&lvl=1>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>292</sup> Fundada em dezembro de 1864 a *Confederação Argentina de Clínicas, Sanatórios e Hospitais* (CONFELISA) representa os interesses do empresariado do setor de saúde frente as instituições públicas, obras sociais e entidades internacionais. Fonte: <<http://www.confelisa.com.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>293</sup> *Asociación de Entidades de Medicina Prepaga* (ADEMP). Disponível em:<<http://www.ademp.com.ar/historia.html>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>294</sup> *Confederación de Obras y Servicios Sociales de la República Argentina* (COSSPRA) representando as obras sociais provinciais. Disponível em: <<http://www.cosspra.org.ar/nosotros/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>295</sup> *Federación Argentina de Mutuales de Salud* (FAMSA). Disponível em:<<http://famsa.org.ar/institucional-2/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>296</sup> *Federación de Obras Sociales de Personal Dirección* (FAOSDIR). Disponível em:<<http://www.faosdir.org.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

trabalhadores da saúde (FATSA),<sup>297</sup> de laboratórios farmacêuticos como a CILFA,<sup>298</sup> CAEMe<sup>299</sup> e COOPERALA<sup>300</sup>, além de organismos governamentais e outras entidades afins. Posteriormente, no ano de 2003, foi firmado um novo acordo reforçando o caminho no sentido da institucionalidade do COFESA e construção de consensos para a implementação de políticas de saúde.<sup>301</sup>

A revitalização do COFESA, veio acompanhada do reforço da institucionalidade, ato seguido de consensos. Conjuntamente, com isso, a autoridade central também foi reforçada, o Ministério Nacional recuperou seu papel de diretoria, o que permitiu o avanço importante nas políticas de saúde no novo ciclo econômico.<sup>302</sup> Neste cenário, o marco de uma crise de emergência econômica, social e sanitária é o chamado programa REMEDIAR. Aplicado durante o governo de Eduardo Duhalde, o programa reformula os créditos cedidos pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) convertendo verbas do Programa de Atenção Primária da Saúde (PROAPS) para garantir acesso à medicamentos ambulatoriais para a população abaixo da linha de pobreza e sem seguridade social. A distribuição destes medicamentos essenciais, faz-se por meio de farmácias públicas dentro dos Centros de Atenção Primária a Saúde (CAPS), equivalentes dos Postos de Saúde brasileiros. Os limites desta política foram delineados pelo decreto

---

<sup>297</sup> Federación Argentina de Trabajadores de la Sanidad (FATSA), que reúne diversos sindicatos dos trabalhadores da saúde. Disponível em:<

[http://www.sanidad.org.ar/acciongremial/acciongremial\\_institucional.html](http://www.sanidad.org.ar/acciongremial/acciongremial_institucional.html)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>298</sup> Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), historicamente representou os laboratórios de menor porte, porém essa distinção não é mais tão clara. Disponível em:<

[http://www.cilfa.org.ar/#sitio\\_top](http://www.cilfa.org.ar/#sitio_top)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>299</sup> Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe), agrupa primordialmente os grandes laboratórios de capital internacional. Disponível em:<<http://www.caeme.org.ar/nosotros.php>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>300</sup> Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA) representante dos laboratórios de capital nacional. Disponível em:<<http://www.cooperala.com.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>301</sup> **CONSEJO FEDERAL DE SALUD**. BUENOS AIRES. Acuerdo Federal De Salud. Março de 2003. Disponível em:<<http://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesa/otras-actas/acuerdo-federal-salud.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>302</sup> TOBAR, Frederico; RICCHERI, Pilar Rodríguez. **El consejo Federal de Salud Argentino**: Actor Chave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. p. 47. Disponível em:<

<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

nº 486/02,<sup>303</sup> que declara emergência sanitária no território nacional.<sup>304</sup> Posteriormente, foi adicionando ao referido decreto um conjunto de medidas visando ampliar o número de medicamentos fornecidos e o aumento de seu alcance.<sup>305</sup>

Nesta ocasião, temos ainda a criação do programa de medicamentos genéricos na Argentina, medida instrumentalizada também pelo decreto nº 486/02, pela lei nº 25.649<sup>306</sup> e leis provinciais. Sem dúvida, o programa de genéricos facilitou significativamente o acesso da população aos medicamentos, bem essencial para a manutenção da saúde.<sup>307</sup> Mas, devido a configuração do sistema argentino, a Resolução nº 201/02 da SSSalud teve um impacto potencial ainda maior. Criada no mesmo pacote do programa REMEDIAR, a resolução promove o Programa Médico Obrigatório de Emergência (PMOE) que aumentou a lista de itens nas prestações mínimas para os agentes de serviços de saúde e determinou a obrigatoriedade de um co-financiamento na ordem de 40% dos gastos com medicamentos dos beneficiários por parte dos agentes do Sistema Nacional de Seguro Saúde, ou seja, obras sociais, planos de saúde, seguradoras de saúde e associações mutuais que prestassem serviços de saúde.<sup>308</sup>

---

<sup>303</sup> ARGENTINA. Decreto nº 486, de 12 de março de 2002. **Emergencia Sanitaria Nacional**: Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional. Atribuciones del Ministerio de Salud. Suministro de Insumos y Medicamentos a Instituciones Públicas de Salud con Servicios de Internación. Atribuciones del Consejo Federal de Salud. Financiamiento. Régimen de Compras y Contrataciones. Monitoreo de Precios e Importación. Listados de Medicamentos e Insumos. Precios de Referencia. Prescripción por Genéricos y su Sustitución. Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos. Creación y Funcionamiento. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Garantía de las Prestaciones Básicas Esenciales. Fondo Solidario de Redistribución. Colegios Profesionales. Sentencias con Condenas de Pago. Emergencia Sanitaria y Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Atribuciones del Interventor Normalizador. Contrataciones del citado Instituto. Relevamiento y Control de Deudas. Disposiciones Finales. Disponible em:<<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>304</sup> Para análise do Programa Remediar e sua relação com a atenção primária a saúde, ver: **La Atención Primaria de la Salud y el Programa Remediar**; Libro de Relatos. Disponible em:<[http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos\\_baja.pdf](http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos_baja.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>305</sup> VENTURA, Graciela; RICCHERI, Pilar Rodríguez; MONSALVO, Mauricio. **El Programa Remediar**: Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS. Ministerio de Salud. Buenos Aires: 2006. Disponible em: <[http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar\\_07s.pdf](http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>306</sup> ARGENTINA. Lei nº 25.649, de 18 de setembro de 2002. **Especialidades Medicinales**. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Disponible em:<<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/77881/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>307</sup> Para maiores informações sobre a economia de medicamentos genéricos ver: TOBAR, Frederico. **Economía de los Medicamentos Genéricos en la América Latina**. Revista Panam Salud Publica. nº23, 2008. Disponible em:<<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7739>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>308</sup> ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 201, de 9 de abril de 2002. **Salud Publica**. Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº

### 2.2.1. Configuração Atual do Sistema de Serviços de Saúde.

Importa salientar que o sistema de serviços de saúde argentino tem seu acesso, via de regra, mediado pela participação no mercado formal de emprego e também por aposentados e pensionistas sem qualquer outra cobertura. Trata-se de um sistema dotado de grande segmentação em relação aos fundos de financiamento e marcado por uma grande separação entre funções de financiamento e provisão de serviços.<sup>309</sup> As diversas mudanças sofridas ao após a segunda metade do século XX, não se traduziram em efetivas transformações na estrutura do sistema de serviços de saúde, que se mostra abrangente, mas não universalista.

Sergio Francisco de Piola e Maria de Lourdes Cavalcante classificam o sistema de atendimento à saúde argentino como uma estrutura de três subsetores: o público, o de seguro social obrigatório e o privado. Estima-se que a população coberta pelas obras sociais mais o PAMI gire em torno de 59,5% dos argentinos, planos de saúde atendem em torno de 8%, mutuais com serviços integrais atendem cerca de 1,6%, o restante pouco mais de 30% não possuem cobertura integral de saúde.<sup>310</sup> O subsetor público é residual, financiado e gerido por estruturas administrativas municipais, provinciais ou nacionais. Em meados do século XX, a Argentina optou pela cobertura de saúde por meio das obras sociais, desde então a rede pública foi relegada a um caráter residual atendendo apenas aqueles que não possuem nenhuma outra cobertura.<sup>311</sup> A partir da década de 1970, iniciou-se um processo de descentralização de sua estrutura, durante o governo Menem esse processo é acelerado e diversos hospitais têm sua administração transferida para as províncias e até municípios. Atualmente, a rede pública argentina possui sua administração majoritariamente provincial.

O subsetor de seguro social obrigatório, o de maior alcance, é organizado pelas obras sociais, que por sua vez, são gerenciadas por sindicatos e coordenadas pela Superintendência de Serviços de Saúde (SSSalud).<sup>313</sup> Existem ainda, as obras sociais

---

23.660. Disponível em: <<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000338.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>309</sup> MACEIRA, Daniel. **Instituciones sanitarias en un país federal**: las obras sociales provinciales en contexto. In: Serie Seminarios Salud e Política Pública - Seminario, 4. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.

<sup>310</sup> Dados adaptados de FEMFASE. Disponível em: <<http://www.femfase.com.ar/Textos/Garriga2.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>311</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999.

<sup>313</sup> A Superintendência de Serviços de Saúde é um organismo descentralizado da Administração Pública Nacional do Ministério da Saúde da Nação em jurisdição do Ministério da Saúde e Ação Social, é um

provinciais que prestam atendimento aos funcionários públicos do governo provincial. Atualmente, o sistema argentino conta com 24 obras sociais provinciais e cerca de 250 obras sociais nacionais sindicais ou patronais, essas últimas chamadas obras sociais de direção.<sup>314</sup> As obras sociais experimentaram grande impulso com a chegada de Perón a presidência, momento em que seus serviços se estenderam à área da saúde assumindo a preponderância até então dominada pelo setor público.<sup>315</sup> A propriedade da estrutura de atendimento e a gestão dos serviços foram, alvo de ataques nos momentos de ruptura institucional e moedas de troca nos momentos de normalidade democrática, gerando uma instabilidade na condução dos serviços.<sup>316</sup> A partir da década de 1990, sofreram duros golpes com redução de receitas e a implementação de programas de desregulação que desobrigaram a vinculação dos trabalhadores a obras sociais pré-definidas segundo sua categoria.<sup>317</sup> Objetivando tornar o sistema mais abrangente, o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSPJ)<sup>318</sup> tem como uma de suas atribuições a manutenção do Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), destinado ao atendimento de aposentados e pensionistas que não são afiliados em obras sociais.<sup>319</sup> Em sua maioria, as obras sociais não possuem instalações satisfatórias para o pleno

---

ente que regula e controla os agentes de Sistema de Seguro de Saúde (Obras Sociais, Medicina Pre-paga, hospitais e profissionais farmacêuticos incluindo estabelecimentos e redes de prestadores de estabelecimentos farmacêuticos). Possui pessoa jurídica e regime de autarquia administrativa, econômica e financeira em qualidade de ente de supervisão, fiscalização e controle dos agentes que integram o Sistema Nacional de Seguro de Saúde. **Carta** Compromisso da SSALUD. p. 6. Disponível em: <[http://www.ssalud.gov.ar/institucion/archivos/carta\\_com.pdf](http://www.ssalud.gov.ar/institucion/archivos/carta_com.pdf)>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>314</sup> MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofia. **Coordinación e Integración: El Desafío del Sistema de Salud Argentino**. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Area de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

<sup>315</sup> PANTUSO, Catalina; SANTA MARIA, Víctor. **Salud S.O.S: El Sistema de Obras Sociales**. Fundación Trabajadores de Edi, 1992.

<sup>316</sup> **El Surgimiento** de las Obras Sociales. Disponível em: <<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>317</sup> MADIES, Claudia. **Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga**. 2000.; MOSCOSO, Nebel; LAGO, Fernando. **Obras Sociales Argentinas: Afiliación Compulsiva y Incentivos a la Eficiencia**. Asociación Argentina de Economía Política, XLIII Reunión Anual, 2008.

<sup>318</sup> O Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP) é uma instituição pública, porém não estatal. Foi criada em 13 de maio de 1971, por força da lei N° 19.032 com a finalidade de fornecer a seus filiados de todo o país serviços médicos assistenciais de proteção, recuperação e reabilitação de saúde. Em 1988 o artigo 8° da lei N° 23.569 incluiu-se maiores de 70 anos que não possuem filiação direta ou indireta a nenhuma Obra Social. Em 2009 mudou-se o nome e sigla do instituto para PAMI, nome pelo qual já era conhecido pela população. Porém, agora o nome do instituto passa à Por uma Argentina Mais Integrada. PAMI; INSSJP. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. **Carta** Compromiso con el ciudadano. 2010. p. 07. Disponível em: <[http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/carta\\_compromiso/docs/1ra\\_Carta\\_PAMI.pdf](http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/carta_compromiso/docs/1ra_Carta_PAMI.pdf)> Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>319</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999.

atendimento, daí firmam contratos com a iniciativa privada para o atendimento de seus beneficiários. Outro fator significativo no atendimento das obras sociais é a assimetria na prestação de serviços, pois categorias de maior prestígio ou volume de capital possuem uma cobertura mais abrangente e serviços de maior qualidade, enquanto outras categorias acumulam, com frequência, reclamações por falta de atendimento.

Por fim, o terceiro subsetor do sistema de saúde argentino, o subsetor privado, é composto por profissionais e estabelecimentos de saúde (clínicas, laboratórios, hospitais...) que atendem a casos individuais e, principalmente, aos beneficiários das obras sociais mediante acordos individuais e coletivos, e às entidades de seguro voluntário (planos de saúde), chamadas empresas de medicina pré-paga.<sup>320</sup> As empresas de medicina pré-paga, ou seja, planos de saúde, assim como as demais empresas privadas do setor, começaram a ganhar espaço a partir da década de 1970. Durante a “Reorganização Nacional”, lograram grandes êxitos nos contratos com a rede pública e com as obras sociais, que paulatinamente foram se tornando dependentes dessas empresas para fornecerem o atendimento de seus segurados.<sup>321</sup> Atualmente, operam principalmente na prestação de serviços as obras sociais e empregam um vigoroso *lobby* para barrar as várias propostas de regulação de sua atuação.<sup>322</sup>

O Conselho Federal de Saúde (COFESA) da Argentina é órgão do governo federal responsável pela política sanitária e pela articulação política para sustenta-la. No entanto, segundo o federalismo do país, os ministérios provinciais de saúde (equivalentes de nossas secretarias estaduais de saúde), possuem autonomia para definir suas próprias políticas dentro de suas respectivas jurisdições.<sup>323</sup> Assim, o COFESA fica ocupado em coordenar a articulação entre o Estado nacional e as províncias, sem que ocorra uma verticalização hierárquica e a vinculação de acordos formais nessas instâncias, uma vez que, os ministérios provinciais cumprem as funções designadas pelo conselho na medida

---

<sup>320</sup> PIOLA, Sérgio Francisco; CAVALCANTE, Maria de Lourdes. **Sistema de saúde da Argentina**: Reformas e relações com o setor privado. In.: Regulação do setor de saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. BISOT Jr, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; Daín, Sulamis (Org). Organização Pan-americana de Saúde. Brasília: 2006. p. 222.

<sup>321</sup> MALACH, Ivo et al. **Creación de una Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud**. Disponível em:<[http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion\\_de\\_una\\_Agencia\\_Reguladora\\_%20del\\_%20Seguro\\_%20Nacional%20de\\_%20Salud.pdf](http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion_de_una_Agencia_Reguladora_%20del_%20Seguro_%20Nacional%20de_%20Salud.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>322</sup> MADIES, Cláudia. **Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga**. 2000.

<sup>323</sup> TOBAR, Frederico; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez. **El consejo Federal de Salud Argentino**: Actor Chave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. p. 3. Disponível em:<<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

em que estejam de acordo com as linhas de ação e recebam recursos nacionais para o financiamento.<sup>324</sup> Neste sentido, na Argentina, os ministérios provinciais são as instituições de maior relevância na definição de políticas e mecanismos que regulam e reformam o sistema de saúde em suas jurisdições.<sup>325</sup>

### 2.3. Atores de Serviços de Saúde Argentino e o Lugar do Farmacêutico.

Nesta seção, buscaremos mapear o sistema de serviços de saúde na Argentina apontando seus principais atores e seus respectivos organismos de representação institucional. Agiremos do mesmo modo em relação ao mercado de medicamentos, devido à importância visceral que desenvolve na atuação dos farmacêuticos, porém aqui caberá uma breve apresentação desses atores, uma vez que, ainda não foram expostos devidamente no decorrer do trabalho.

O sistema de serviços de saúde argentino é abrangente em termos de cobertura, porém não universal. Segmentado em termos de fundos de financiamento e de relações interinstitucionais, as funções de financiamento e provisão de serviços encontram-se pouco vinculadas.<sup>326</sup> Os principais atores governamentais são: os Ministérios Provinciais de Saúde, que definem as políticas de saúde em suas jurisdições; o Conselho Federal de Saúde (COFESA), que coordena e articula as políticas de saúde; e a Superintendência de Serviços de Saúde (SSSalud), que fiscaliza e controla os agentes do sistema de serviços de saúde, conforme descrito acima. A rede hospitalar está organizada em torno da Associação de Clínicas da República Argentina (ADECRA), representando hospitais, clínicas e sanatórios privados; a Câmara de Instituições de Diagnóstico Médico (CADIME), possui foco na representação das pequenas e médias empresas do setor diagnóstico e tratamento de saúde; a Confederação Argentina de Clínicas, Sanatórios e Hospitais (CONFECILISA), representando os interesses do empresariado do setor de

---

<sup>324</sup> MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofía. **Coordinación y Integración**: El Desafío del Sistema de Salud Argentino. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Área de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010. p. 56.

<sup>325</sup> Para maiores informações sobre a relação do federalismo argentino e condições particulares como a descentralização dos serviços de saúde e entraves relacionados ao modelo de financiamento, ver: TOBAR, Federico; RICCHERI, Pilar Rodríguez. **El consejo Federal de Salud Argentino**: Actor Clave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. p. 22. Disponível em: <<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>326</sup> MEDICI, A. **La Desregulación de las Obras Sociales**: Un Episodio mas de la Reforma de Salud en Argentina. Que Vendrá Luego?: BID, División de Desarrollo Social, 2002.

saúde frente as instituições públicas, obras sociais e entidades internacionais; e a Câmara de instituições Médico-Assistenciais da República Argentina (CIMARA),<sup>327</sup> que agrupa as empresas e hospitais privados de maior capital. Os médicos têm como entidades de representação a Confederação Médica da República Argentina (COMRA) e a Associação Médica Argentina (AMA). Os farmacêuticos e bioquímicos que atuam na indústria e no âmbito hospitalar são representados pela Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI)<sup>328</sup> e também pela Associação Argentina de Farmacêuticos de Hospital (AAFH).<sup>329</sup> No tocante ao complexo industrial de saúde, interessa-nos atentar apenas aos representantes dos laboratórios farmacêuticos que encontram-se organizados principalmente em três entidades, a saber: o Centro Industrial de Laboratórios Farmacêuticos Argentinos (CILFA), que historicamente representou os laboratórios de menor porte, porém essa distinção não é mais tão clara; Câmara Argentina de Especialidades Mediciniais (CAEMe), que agrupa primordialmente os grandes laboratórios de capital internacional; e a Câmara Empresarial de Laboratórios Farmacêuticos (COOPERALA), mais voltada para a representação dos laboratórios de capital nacional.<sup>330</sup> Os seguros privados, mutuais de saúde e obras sociais estão organizados na Associação de Entidades de Medicina Pré-paga (ADEMP) e a Associação Civil de Atividades Médicas Integradas (ACAMI),<sup>331</sup> Confederação de Obras y Servicios Sociales da República Argentina (COSSPRA), Federação de Obras Sociais de Pessoal de Direção (FAOSDIR) e Federação Argentina de Mutuais de Saúde (FAMSA), respectivamente. Com dificuldades na criação de mecanismos institucionais de representação, o canal mais recorrente para o atendimento de demandas dos usuários tem sido a ouvidoria da SSSalud.

---

<sup>327</sup> Câmara Argentina de Instituições Médico-Assistenciais da República Argentina (CIMARA), representa as empresas privadas de maior expressão. Fonte: <[http://cimara.com.ar/?page\\_id=2](http://cimara.com.ar/?page_id=2)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>328</sup> Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI), fundada em 1952 atualmente reúne mais de 900 farmacêuticos em empresas do setor. Disponível em: <<http://www.safybi.org/ques-safybi/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>329</sup> A Associação Argentina de Farmacêuticos de Hospital (AAFH) possui foco na representação de farmacêuticos que atuam nas farmácias hospitalares, fundada em 1969, por ter representação semelhante a SAFYBI frequentemente atuam juntas. Disponível em: <[http://www.aafhospitolaria.org.ar/imagenes/descargas/aafh\\_rese%C3%B1a\\_historica\\_modificada2.pdf](http://www.aafhospitolaria.org.ar/imagenes/descargas/aafh_rese%C3%B1a_historica_modificada2.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>330</sup> De olho nas últimas mudanças no mercado de medicamentos, recentemente foram criadas mais duas Câmaras farmacêuticas, a Câmara Argentina de Produtores de Especialidades Mediciniais de Venda Livre (CAMPEVL) e a Câmara Argentina de Produtores de Medicamentos Genéricos e de Uso Hospitalar (CAPGEN).

<sup>331</sup> A Associação Civil de Atividades Médicas Integradas (ACAMI) foi fundada em 1997 e reúne várias empresas de planos de saúde. Fonte: <<http://acami.org.ar/nuevo/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

### 2.3.1. Atores do Mercado de Medicamentos.

O mercado de medicamentos na Argentina envolve funções de produção, distribuição, financiamento, consumo e regulação, é composto por cinco atores principais, a saber: os Laboratórios, que são determinantes no preço de venda ao consumidor; os Atacadistas e Droguerías, que são responsáveis pela distribuição no atacado; Mandatárias, são administradoras de convênios de obras sociais, PAMI e planos de saúde que efetuam os pagamentos do co-financiamento dos agentes de serviços de saúde conforme o PMOE e demais acordos realizados com as farmácias comunitárias;<sup>332</sup> Farmácias Comunitárias, são o ambiente de atuação dos farmacêuticos comunitários que fornecem o atendimento farmacêutico em farmácias próprias ou empregados nas redes de farmácias; o Estado, fornece o marco legal, a concessão de registros de produtos, auxilia no financiamento de pesquisas na área, atua ainda como pequeno produtor de medicamentos e um importante ente da demanda desses produtos, por meio da compra pública.<sup>333</sup> Além desses atores, a partir da edição do decreto nº 2.284/91, ganhou importância no mercado de medicamentos uma série de estabelecimentos voltados para o comércio de massa, os denominados Kiosqueros, bem como supermercados.<sup>334</sup>

De modo geral, a indústria farmacêutica na região teve início após o marco substitutivo de importações, tiveram origem na chegada de multinacionais durante as várias ondas de investimentos estrangeiros; bem como na evolução de importadores, farmacêuticos ou pesquisadores que se desenvolveram em nível local. Neste último caso, guardando uma forte dependência na provisão de insumos do exterior. Assim, laboratórios latino-americanos possuem uma virtual dependência dos multinacionais na aquisição de compostos.<sup>335</sup> Detendo todas as características de um país de desenvolvimento industrial intermediário, a Argentina possui um complexo industrial

---

<sup>332</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 141.

<sup>333</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999.

<sup>334</sup> Para visualizar de forma esquemática o complexo farmacêutico e o funcionamento da cadeia de distribuição de medicamentos com e sem cobertura, recomenda-se verificar; **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. Disponível em: <[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmacaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmacaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>335</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 118.

relevante no contexto latino-americano. Juntamente com Brasil e México, a indústria argentina lidera a produção e consumo de medicamentos na região.<sup>336</sup>

A indústria Argentina, tal como seus pares latino-americanos, se caracteriza por uma pequena contribuição inovativa. O setor se desenvolveu diante de um marco regulatório que não exigia o reconhecimento de patentes internacionais, de modo que os laboratórios argentinos se especializaram na produção de medicamentos através dos processos de cópia. Laboratórios de capital estrangeiro radicados no país produziam medicamentos desenvolvidos por suas matrizes importando princípios ativos.<sup>337</sup> Embora laboratórios argentinos também invistam em P&D, existe uma grande diferença no volume de capital em relação aos líderes mundiais, o que limita sua capacidade de inovação.<sup>338</sup>

Atualmente, existem cerca de 250 laboratórios na Argentina (incluindo aqueles que produzem os medicamentos no país e os que importam medicamentos prontos ou semiprontos), são 100 plantas industriais, sendo 93 de capital nacional<sup>339</sup> a maior parte dos laboratórios estão ligados à produção de medicamentos similares.<sup>340</sup> O processo de concentração de capital característico dessa indústria, se abateu sobre a Argentina de tal forma que, em 2002, operavam no país cerca de 350 laboratórios, onde os 80 líderes concentravam mais de 95% das vendas, a participação nacional também é significativa

---

<sup>336</sup> KOSSACOFF, Bernardo. **Indústria Argentina**: Respostas Empresariais às Mudanças em Curso. Palestra Realizada no Auditório da Fundação de Economia e Estatística. 1999. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/1811/2178>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>337</sup> KATZ, Jorge M. **Apertura Económica e Desregulación del Mercado de Medicamentos**: La Industria Farmacéutica e Farmoquímica en Argentina, Brasil y México en los años 90. Alianza Estudio. 1<sup>o</sup> ed, Buenos Aires: 1997. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1740/338436151K19A.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>338</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial**: La Industria Farmacéutica. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>339</sup> **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. Disponível em: <[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>340</sup> O medicamento Genérico é um produto farmacêutico comercializado após o término da patente com as mesmas características do medicamento original e com comprovação de bioequivalência. Dado os elevados custos para essa comprovação a ANMAT exige essas provas apenas nos casos em que impliquem no tratamento de enfermidades de alto risco sanitário. Assim abunda na indústria argentina a produção do medicamento similar, que por sua vez, tem as mesmas características do medicamento original, porém sem a exigência de comprovação de bioequivalência. Fonte: **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. p. 21. Disponível em: <[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

girando em torno de 51% do total de vendas.<sup>341</sup> Ainda que dependente das importações, os laboratórios argentinos têm crescido acima da média industrial e adquirem especial importância para nosso estudo devido ao fato de serem atores destacados na definição do preço de venda ao consumidor.<sup>342</sup> A Argentina dispõe ainda de uma importante produção de medicamentos em laboratórios públicos, porém trataremos desses mais adiante ao abordarmos a participação do Estado no mercado de medicamentos.

As “*Droguerías*” e *Distribuidoras* atuam como intermediárias entre laboratórios e as farmácias, por vezes proveem medicamentos a hospitais. Sua origem se deu vendendo artigos descartáveis, posteriormente, algumas se especializaram no atacado de medicamentos. Trata-se de um grupo de atores determinantes na estrutura geral, ao final da década de 1990, o processo de integração vertical provocado por laboratórios que buscaram avançar sobre a cadeia de distribuição de medicamentos provocou um conflito entre *droguerías* e os grandes laboratórios, pois estes começaram a adquirir importantes *droguerías* e a criarem suas próprias distribuidoras, mantendo a estrutura da cadeia e margem de lucro correspondente à intermediação.<sup>343</sup> Algumas *droguerías* têm resistido ao avanço das distribuidoras se especializando no abastecimento e distribuição de medicamentos para terapias específicas. Dado importante, é que a mesma concentração encontrada na produção farmacêutica se repete na distribuição, pois existem cerca de 445 *droguerías* na Argentina, porém apenas quatro delas concentram cerca de 70% do faturamento. Entre as distribuidoras a concentração é ainda maior, pois as quatro líderes alcançam 99% do faturamento.<sup>344</sup> Sendo que mais de 85% dos medicamentos produzidos pelos laboratórios vão para atacadistas, o que revela a força desses atores na cadeia de distribuição de medicamentos.<sup>345</sup>

---

<sup>341</sup> SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica.** Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. p. 22. Disponível em: <[http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>342</sup> Para uma análise detalhada dos fatores que influenciam na conformação dos preços de medicamentos na Argentina ver: GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina.** Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 65.

<sup>343</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina.** Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 142.

<sup>344</sup> BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica.** Ano 1, nº 2, out, 2008. p. 13; **Complexo Farmacéutico.** Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. p. 5. Disponível em:<[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>345</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina.** Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 94.

As mandatárias, por sua vez, são empresas que fazem a intermediação entre farmácias e obras sociais, mutuais e a medicina pré-paga (planos de saúde). Como seu nome diz, recebem um mandato das farmácias para firmarem acordos com prestadores de serviços de saúde, estabelecendo contratos de adesão. Esses convênios não incluem medicamentos de venda livre e nem manipulados.<sup>346</sup> Semanalmente, as farmácias apresentam às mandatárias as receitas de medicamentos vendidos e cobra parte da bonificação, através de notas de crédito que são emitidas com prazo de até 60 dias.<sup>347</sup> Trata-se de uma atividade administrativa de pequeno risco, uma vez que recebem de acordo com o número de pacientes segurados. Dada a sua posição e relação com obras sociais e planos de saúde, essas empresas já começam a ser cobiçadas por laboratórios de grande vulto.<sup>348</sup>

Na ponta da cadeia de distribuição de medicamentos, estão as farmácias comunitárias, esses estabelecimentos são tomados pelos pacientes como centros de consulta sobre sua situação de saúde, chegando a usa-los para evitar consultas médicas.<sup>349</sup> Porém, sua regulação é heterogênea em todo o país, pois existe uma dificuldade de se definir a atividade do farmacêutico, seja como titular do consultório que elabora o medicamento e recebe o honorário, ou como o empregado hierárquico de um negócio de outros que vende um produto elaborado e cobra um preço pelo produto. Essa dupla possibilidade, produziu um contexto de divergências na interpretação da legislação após a entrada em vigor do decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica, e o decreto nº 150/92, que regulamentou o funcionamento das alterações da desregulação no âmbito dos medicamentos. Algumas províncias como Santa Fé, Buenos Aires e Mendoza buscaram manter sua própria regulamentação provincial com base na Lei Nacional nº 17.565/67, de Farmácias, fato que abriu margem para disputas judiciais acerca da regulação das atividades farmacêuticas.<sup>350</sup>

---

<sup>346</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010. p. 29.

<sup>347</sup> **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. p. 6. Disponível em: <[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmacaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmacaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>348</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Econommía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 144.

<sup>349</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010. p. 7.

<sup>350</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Econommía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 45.

A Argentina conta com cerca de 12000 farmácias distribuídas por todas as províncias. A partir da década de 1990, dois ofensores passaram a afetar a rentabilidade desse negócio, a saber: os excessivos convênios firmados junto às mandatárias e a perda do monopólio do comércio da medicação de venda livre. Podemos destacar ainda, a livre instalação de farmácias permitida após o decreto nº 2.284/91, que retirou a competência dos Colégios Farmacêuticos Provinciais para outorgar a abertura do negócio. Do total de vendas que realiza uma farmácia, cerca de 60% corresponde a convênios firmados com obras sociais e planos de saúde, o restante provém da venda de artigos de venda livre e medicamentos sem descontos (este último corresponde a cerca de 20% do capital da farmácia).<sup>351</sup> As farmácias maiores atendem até 40 entidades do sistema de saúde, as farmácias menores operam com cerca de 15 convênios. Os conflitos entre farmacêuticos e agentes do sistema de saúde são frequentes, muitas vezes levando o farmacêutico a suspender o convênio, ocasionando a redução do seu fluxo de capital.<sup>352</sup> As barreiras de entrada para abertura de farmácias são basicamente ligadas ao volume de capital necessário e ao convênio com algum cliente institucional importante.<sup>353</sup>

Com a desregulação econômica para o mercado de medicamentos promovida pelo decreto nº 2.284/91, conforme veremos mais detalhadamente a seguir, criou-se um cenário em que a exclusividade do comércio da medicação de venda livre por parte da farmácia foi quebrada. Deste modo, supermercados e lojas de variedades se tornaram grandes dispensadores desse tipo de medicamento. Com preço médio reduzido em relação aos medicamentos éticos, este segmento tem ocupado um espaço cada vez mais significativo no mercado de medicamentos. No ano de 2001, o comércio de medicamentos populares atingia cerca de 14,37% das unidades produzidas e 7,81% da arrecadação, em 2011 esses números atingiam 26,5% e 10,49%, respectivamente.<sup>354</sup> Tal fato, aponta para um deterioramento da rentabilidade do negócio farmacêutico na Argentina, uma vez que, tinham de dividir esse mercado com atores estranhos ao mercado de medicamentos.

---

<sup>351</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 146.

<sup>352</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010. p. 30.

<sup>353</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. p. 146.

<sup>354</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. p. 28.

Para defender seus interesses, as farmácias argentinas se organizam na órbita de três entidades: a Federação Argentina de Câmaras de Farmácias (FACAF),<sup>355</sup> que representa os proprietários de farmácias e reúne diversas câmaras provinciais e locais. A Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA), que agrupa cerca de 4500 farmácias mutuais e sindicais distribuídas por todas as províncias<sup>356</sup>e, por fim, a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) que agrupa colégios farmacêuticos, federações e associações provinciais, além de mais de 10.000 farmácias distribuídas por todo o país e cerca de 16.000 profissionais que atuam na docência, hospitais, na indústria e sua imensa maioria (cerca de 80%) atuam em farmácias comunitária privadas.<sup>357</sup> Além dessas entidades, devemos lembrar que contamos ainda com a Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI) e a Associação Argentina de Farmacêuticos Hospitalares (AAFH), que organizam os farmacêuticos e bioquímicos que atuam na indústria ou em hospitais, conforme já apresentado acima. Mas que, não daremos destaque, uma vez que as entidades não representam atores diretamente ligados ao mercado de medicamentos e nem mesmo jogam um papel relevante no debate sobre a regulamentação do mercado desses produtos.

O Estado não deve ser tomado apenas como um ator entre os demais, seu duplo papel de ator e arena se dá por diversas formas, conforme já citado, o Estado argentino desenvolve as atribuições de: fornecimento do marco legal, da concessão de registros de produtos, no auxílio ao financiamento de pesquisas na área, atuando ainda como pequeno produtor de medicamentos e um importante ente da demanda desses produtos por meio da compra pública. Veremos agora como ele cumpre essas funções.

A atribuição do Estado argentino na concessão de registro de produtos farmacêuticos se faz por meio da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT), criada em 1992, por força do decreto nº 1.490,<sup>358</sup> é o organismo descentralizado da administração pública nacional responsável pela vigilância

---

<sup>355</sup> **Resenha** Histórica. Federação Argentina de Câmaras de Farmácia. Disponível em: <<http://www.facaf.org.ar/la-institucion/historia-y-objetivos/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>356</sup> **História**. Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMSRA). Disponível em: <[http://www.afmsra.com/institucional\\_historia.php](http://www.afmsra.com/institucional_historia.php)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>357</sup> **¿Quiénes somos?**: Confederação Farmacêutica Argentina (COFA). Disponível em: <<http://www.cofa.org.ar/?p=29>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>358</sup> ARGENTINA. Decreto nº 1.490, de 20 de agosto de 1992. **Salud** Publica. Decláranse de interés nacional las acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población. Créase la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT). Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/9909/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

sanitária. Embora, não seja subordinado ao Ministério da Saúde da Argentina, é dependente técnica e cientificamente de suas normas.<sup>359</sup> Portanto, trata-se do “equivalente” da nossa ANVISA. Assim como no caso brasileiro, as províncias desenvolvem as funções de fiscalização e vigilância, enquanto a ANMAT concentra o controle de qualidade e registro dos produtos.<sup>360</sup>

O auxílio à financiamento de pesquisas se faz por meio da Administração Nacional de Laboratórios e Institutos de Saúde “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS), que promove a articulação entre a geração de conhecimento, o desenvolvimento de tecnologias e as prioridades do sistema de saúde, trata-se do órgão de ciência e tecnologia do Ministério da Saúde. Quanto ao financiamento público do setor, embora modesto diante do apresentado pelos países líderes, existem diversos fundos de financiamento, tanto de escala nacional, quanto focados em plantas industriais localizadas. Entre esses se destacam o Fundo Tecnológico Argentino (FONTAR), o Fundo para Investigación Científica e Tecnológica (FONCyT) e o Fundo Argentina Setorial (FONARSEC), além de acordos bilaterais firmados com o setor.<sup>361</sup>

O Estado argentino desempenha ainda um modesto, porém significativo, papel como produtor de medicamentos através de seus vários laboratórios. Existem cerca de 40 laboratórios públicos, desses por volta de 10 possuem habilitação nacional da ANMAT. A maioria deles surgiu como resposta aos baixos pressupostos para a aquisição de medicamentos, são de distinta complexidade e potencialidade em função dos problemas que se propuseram a resolver, variam em âmbito nacional, provincial ou municipal. Após a crise de 2002, passaram a dispor de importantes incentivos e sua produção multiplicou por sete até o ano de 2010. Entre os princípios ativos mais elaborados por esses laboratórios estão analgésicos, antibióticos e drogas para enfermidades crônicas.<sup>362</sup>

Por fim, na condição de demandante de produtos farmacêuticos o Estado se destaca através de seus hospitais e centros de atenção primária, além da sua obra social

---

<sup>359</sup> ¿Qué es la ANMAT?. Disponível em:

<[http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/que\\_es\\_la\\_ANMAT.asp](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/que_es_la_ANMAT.asp)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>360</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999.

<sup>361</sup> **Boletín Estadístico Tecnológico; Sector Farmacéutico**. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. República Argentina. nº 5. 2012. Disponível em:

<<http://www.mincyt.gov.ar/indicadores/boletin-estadistico-tecnologico-bet-farmaceutica-8084>>.

Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>362</sup> **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. p. 16. Disponível em:<[http://www.mecon.gov.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmacaceutico.pdf](http://www.mecon.gov.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmacaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

mantida pelo Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP) o PAMI. Trata-se de uma obra social pública fornecendo atendimento a cerca de 4.600.000 filiados, porém seus mais de 650 centros de atenção estão restritos as capitais provinciais e cidades mais populosas.<sup>363</sup> A compra pública de medicamentos é significativamente aumentada a partir da emergência sanitária em 2002, quando Ginés González García assume a pasta da saúde durante o governo de Eduardo Duhalde e toma para si a meta de promover o acesso da população à medicamentos essenciais,<sup>364</sup> reformulando os créditos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) o Programa de Atenção Primária de Saúde (PROAPS) criado no ano de 1999, converteu-se em um projeto destinado a garantir acesso gratuito aos medicamentos ambulatoriais para a população abaixo da linha de pobreza e sem seguridade social, o Programa Remediar. A distribuição desses medicamentos essenciais se fez por meio de farmácias públicas dentro dos Centros de Atenção Primária a Saúde (CAPS), que são os equivalentes dos Postos de Saúde brasileiros. O conteúdo desta política foi delineado pelo decreto n° 486/02,<sup>365</sup> que declarou emergência sanitária no território nacional. O programa Remediar, foi sustentado pelo governo sob a justificativa de que o país passava por uma profunda crise que afetava o emprego e a renda da população, acrescido da inflação alta e escassos mecanismos de financiamento da medicação, ficando esse custeio majoritariamente a cargo dos pacientes.<sup>366</sup> Isso não fez com que o programa escapasse a

---

<sup>363</sup> **Haciendo** un poco de historia: Por una Argentina con Mayores Integrados. Disponível em: <[http://www.pami.org.ar/me\\_in\\_historia.php](http://www.pami.org.ar/me_in_historia.php)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>364</sup> FORGAS, Rosa Ana Herrera de. **Doña Remediar**: el sentido de pertenecer. Boletín PROAPS – REMEDIAR. ISSN 1668-2815. Vol. 3, n° 21, Jul, 2006. p. 33. Disponível em: <[http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines\\_remediar/boletin21.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines_remediar/boletin21.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016

<sup>365</sup> ARGENTINA. Decreto nº 486, de 12 de março de 2002. **Emergencia Sanitaria Nacional**: Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional. Atribuciones del Ministerio de Salud. Suministro de Insumos y Medicamentos a Instituciones Públicas de Salud con Servicios de Internación. Atribuciones del Consejo Federal de Salud. Financiamiento. Régimen de Compras y Contrataciones. Monitoreo de Precios e Importación. Listados de Medicamentos e Insumos. Precios de Referencia. Prescripción por Genéricos y su Sustitución. Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos. Creación y Funcionamiento. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Garantía de las Prestaciones Básicas Esenciales. Fondo Solidario de Redistribución. Colegios Profesionales. Sentencias con Condenas de Pago. Emergencia Sanitaria y Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Atribuciones del Interventor Normalizador. Contrataciones del citado Instituto. Relevamiento y Control de Deudas. Disposiciones Finales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>366</sup> VENTURA, Graciela; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez; MONSALVO, Maurico. **El Programa Remediar**: Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS. Ministério de Salud. Buenos Aires: 2006. p. 12. Disponível em: <[http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar\\_07s.pdf](http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

acusações de que teria incentivado a inflação no mercado de medicamentos e colocado hospitais públicos em dificuldades.<sup>367</sup>

Os usuários sofrem com a assimetria de informações e possuem seu perfil de organização determinados pelos formatos de sistema de serviços de saúde.<sup>368</sup> No caso argentino, devido a influência dos sindicatos na gestão das obras sociais, que prestam uma variedade de serviços, torna-se complexa a formação de associações para a criação de mecanismos institucionais de representação que possam atuar no mercado de medicamentos. O usuário, enquanto consumidor final de produtos farmacêuticos, tem sua liberdade limitada pelo consumidor instrumental (médicos), quando existe co-financiamento, no caso de cobertura por obras sociais ou planos de saúde, a escolha do local de compra é mais uma limitação.<sup>369</sup>

### 2.3.2. Marco Regulatório.

Nesta seção, iremos nos debruçar sobre a legislação nacional argentina, estabelecendo uma análise cronológica das normativas de maior impacto na organização do sistema de serviços de saúde e no mercado de medicamentos, bem como naquilo que tange a atuação dos farmacêuticos no país. Espera-se, com isso, captar quais foram as regras estabelecidas pelo Estado nessas matérias, poderemos perceber ainda, a força que o viés mercadológico dispõe no período em que nos propomos a analisar.

No que respeita as normas para a produção e circulação de medicamentos, as regras foram estipuladas pela lei nº 16.463/64,<sup>370</sup> que fixou os critérios científicos e sanitários para a aprovação e comercialização de medicamentos. Segundo o texto de lei, deveriam possuir autorização para o funcionamento apenas laboratórios que produzissem os medicamentos, ficando vedados ao funcionamento aqueles que se restringissem ao envase de produtos fabricados por terceiros. O decreto nº 9.763/64<sup>371</sup> veio para

---

<sup>367</sup> MALACH, Ivo. et al. **Creación de una Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud**. Disponível em:<[http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion\\_de\\_una\\_Agencia\\_Reguladora\\_%20del\\_%20Seguro\\_%20Nacional%20de\\_%20Salud.pdf](http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion_de_una_Agencia_Reguladora_%20del_%20Seguro_%20Nacional%20de_%20Salud.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>368</sup> DELGADO, Ignacio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica**. 2012.

<sup>369</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 8.

<sup>370</sup> ARGENTINA. Lei nº 16.463, de 04 de agosto de 1964. **Ley de Medicamentos**. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20414/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>371</sup> ARGENTINA. Decreto nº 9.763, de 02 de dezembro de 1964. **Decreto de Medicamentos**. Regulamentáse la Ley de Medicamentos. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/88842/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

regulamentar a Lei de Medicamentos, porém ainda não legislava sobre o funcionamento das farmácias e as atividades dos farmacêuticos.

Tal legislação veio a ser normatizada com a Lei de Farmácias nº 17.565/67,<sup>372</sup> que derrubou a antiga legislação sobre a matéria (Lei nº 4.687/1905)<sup>373</sup> e definiu que a preparação de receitas, despacho e venda ao público de drogas, medicamentos e especialidades farmacêuticas somente poderiam ser efetuadas nas farmácias, de acordo com o definido pela lei em questão. Estabeleceu ainda, que a venda fora desses estabelecimentos seria encarada como exercício ilegal de farmácia cabendo denúncia por infração do código penal. Além disso, segundo as disposições desta legislação, as farmácias deveriam ser habilitadas por autoridade sanitária competente, estando sujeitas a sua fiscalização e controle. Teriam ainda de possuir propriedade restrita aos profissionais farmacêuticos habilitados ou a sociedades coletivas e entidades de bem público sem fins lucrativos, neste último caso, desde que sua direção técnica e tarefas vinculadas ao exercício profissional estivessem sob gestão de profissionais habilitados. A dita lei, além de regulamentar a rotina da farmácia, ainda definiu regras para a instalação de *droguerías*, e para estabelecimentos voltados para a produção de produtos com base em ervas medicinais.

Ao formular uma política de medicamentos que aponta o farmacêutico como profissional no qual a atividade principal é a custódia de medicamentos e, de maneira complementar, o assessoramento ao paciente e controle de receitas, está diferenciando-o de um vendedor de medicamento em que a regulação incide no mercado do mesmo. O próprio medicamento não pode ser tomado como um produto qualquer, dada suas propriedades e efeitos na saúde dos consumidores, é incluído também nas leis nº 24.240/93 e nº 25.156/99, de defesa do consumidor e de defesa da concorrência, respectivamente.<sup>374</sup>

No princípio da década de 1990, sob a gestão do governo de Carlos Menem, o processo de reforma do Estado foi colocado em marcha inaugurando uma nova fase do

---

<sup>372</sup> ARGENTINA. Lei nº 17.565, de 05 de dezembro de 1967. **Ley de Farmácias**. Atualizase la Regulamentación Sobre su Ejercicio. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19424/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>373</sup> Para análise da evolução da regulamentação e controle de drogas e medicamentos na argentina ver: **Tres siglos** de Historia Farmacéutica Argentina. Disponível em:<<http://www.anmat.gov.ar/fna/resena.asp#PRIMEROS>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>374</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 46.

programa neoliberal que passava a ganhar destaque dentro das políticas públicas. O período predecessor é marcado pelo aumento descontrolado da inflação e reformas monetárias objetivando a contenção inflacionária. Seguindo determinações para além do Consenso de Washington,<sup>375</sup> um dos primeiros atos de impacto ocasionados pela chegada de Domingo Cavallo à pasta da economia é o Plano de Convertibilidade. Colocado em prática pela lei nº 23.928/91,<sup>376</sup> o plano consistia em estabelecer um câmbio fixo em relação ao Dólar americano. Aliado ao programa de privatizações, o plano de convertibilidade atingiu o fluxo de capital necessário para surtir um rápido efeito e garantir o consenso sobre a necessidade de reformas estruturais.<sup>377</sup> A convertibilidade perdurou até o ano de 2002, quando foi lançada a Lei de Emergência Pública e Reforma Cambial nº 25.561/02.

As transformações na economia geral e no marco regulatório do setor também tiveram grande influência por meio do decreto nº 2.284/91,<sup>378</sup> de desregulação econômica. Legitimado pelas leis nº 23.696/89,<sup>379</sup> de Reforma do Estado, e nº 23.697/89<sup>380</sup> de Emergência Econômica, buscou afiançar e aprofundar a liberdade

---

<sup>375</sup> De acordo com John Williamson cunhador do termo, o *Consenso de Washington* foi um conjunto de medidas postuladas em novembro de 1989 pelo Departamento do Tesouro dos Estados Unidos e instituições de gestão do capitalismo como o FMI e o Banco Mundial, objetivando o avanço dos países em desenvolvimento recomendava a adoção de medidas como a disciplina fiscal, a reorganização das prioridades nos gastos públicos, a privatização de estatais, a reforma tributária, a manutenção de taxas de câmbio competitivas, a atração de investimentos estrangeiros diretos, a proteção dos direitos de propriedade intelectual, a liberalização do setor financeiro e comercial, além da desregulação econômica. Fonte: WILLIAMSON, John. **The progress of policy reform in Latin America**. Washington: Institute for International Economics, 1990.

<sup>376</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.928, de 27 de março de 1991. **Convertibilidad del Austral**. Disponível em: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/328/norma.htm>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>377</sup> CUNHA, André Moreira. FERRARI, Andrés. **A Argentina depois da conversibilidade: um caso de novo desenvolvimentismo?** Revista de economia política. Vol. 29, nº 1, jan-mar, 2009. p. 17.

<sup>378</sup> ARGENTINA. Decreto nº 2.284, de 31 de outubro de 1991. **Desregulación Económica**. Desregulación del Comercio Interior de Bienes y Servicios y del Comercio Exterior. Entes Reguladores. Reforma Fiscal. Mercado de Capitales. Sistema Unico de la Seguridad Social. Negociación Colectiva. Disposiciones Generales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/7539/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>379</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.696, de 18 de agosto de 1989. **Ley de Reforma del Estado**. Emergencia Administrativa. Privatizaciones y Participación del Capital Privado. Programa de Propiedad Participada. Protección del Trabajador. Contrataciones de Emergencia. Contrataciones Vigentes. Situación de Emergencia en las Obligaciones Exigibles. Concesiones. Plan de Emergencia del Empleo. Disposiciones Generales. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/98/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>380</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.697, de 15 de setembro de 1989. **Ley de Emergência Económica**. Poder de Policía de Emergencia del Estado. Suspensión de Subsidios y Subvenciones. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/texact.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016..

econômica e a reforma do Estado. Sob a justificativa de evitar distorções no sistema de preços, assegurar a justa distribuição da renda e facilitar o comércio interno e externo, procedeu-se com a desregulação desses mercados e a simplificação do sistema tributário. Com forte caráter neoliberal, o decreto entendia que estaria "*profundizando la libertad de mercados con el objeto de afianzar la estabilización de los precios y provocar la disminución de aquéllos artificialmente elevados por efecto de regulaciones o monopolios legales*". Apontava ainda que, com isso, a Argentina estaria no limiar de um novo período de sua história política e econômica e que a aplicação da lei nº 23.928/91,<sup>381</sup> de Convertibilidade, requeria o funcionamento de mercados fluidos e transparentes, com preços se formando na interação espontânea entre oferta e demanda.

Deste modo, para o mercado de medicamentos, o referido decreto considera que se tornou imperioso para a redução dos preços de venda ao consumidor: a desregulação da comercialização de medicamentos, eliminando a fixação de preços e facilitando a livre instalação de farmácias por qualquer pessoa física ou jurídica que reunisse as qualidades para desempenhar a atividade; o aumento da competição de mercado nos produtos ou especialidades medicinais catalogados como de venda livre; e a livre importação de medicamentos por parte de qualquer pessoa física ou jurídica, de modo a ampliar a oferta no mercado local, contribuindo para reforçar os efeitos favoráveis aos consumidores, amparado, neste último item, pelas faculdades que a lei nº 16.463/64, de medicamentos, confere ao poder executivo nacional nessa matéria.

Assim, o Artigo 13 do decreto determina que qualquer pessoa física ou jurídica de qualquer natureza poderá ser proprietária de farmácias, sem nenhuma restrição de local. Até então, os colégios farmacêuticos regulavam o número de farmácias por distrito, tal fato foi encarado como uma restrição à livre concorrência.<sup>382</sup> Desse modo, indiretamente o poder das instituições de representação dos farmacêuticos foi atenuado, uma vez que, parte de sua competência se assentava nos colégios farmacêuticos.

Os Artigos 14 e 15, autorizam a venda de medicamentos e especialidades catalogados como venda livre em estabelecimentos não contidos na lei nº 17.565/67, de

---

<sup>381</sup> ARGENTINA. Lei nº 23.928, de 27 de março de 1991. **Convertibilidad del Austral**. Disponível em: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/328/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>382</sup> KATZ, Jorge M. **Apertura Económica e Desregulación del Mercado de Medicamentos**: La Industria Farmacéutica e Farmoquímica en Argentina, Brasil y México en los años 90. Alianza Estudio. 1º ed, Buenos Aires: 1997. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1740/338436151K19A.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

farmácias, permitindo ainda a venda desses artigos em estabelecimentos comerciais que habilitem espaços especialmente adaptados para funcionar como farmácias, nas condições determinadas pela autoridade sanitária. Desse modo, possibilitou-se a inclusão, no mercado de medicamentos, de estabelecimentos como supermercados e *Kiosqueros*, conforme já citado. Em seu Artigo 16, ficou autorizada a importação de medicamentos para venda ao público por parte laboratórios, farmácias, *droguerías*, obras sociais, além de hospitais públicos e privados. Assim, agentes de serviços de saúde estavam não só aptos a fornecer a medicação, mas também teriam a liberdade de importação desses produtos.

Outros aspectos do decreto de desregulação que afetam o mercado de medicamentos e as estratégias das empresas foram: o fim do controle e regulações de preços, redução da proteção alfandegária e simplificação da estrutura tributária. Cabe ressaltar ainda que, em maio de 1991, o governo argentino promoveu a eliminação da exigência de registros para produtos farmacêuticos oriundos de países aos quais as condições de controle de qualidade fossem “iguais ou melhores” que as locais.<sup>383</sup>

Posteriormente, o decreto nº 150/92<sup>384</sup> consistiu em outorgar inscrição automática aos registros do Ministério da Saúde argentino a todos medicamentos autorizados por uma série de países, entre eles grandes produtores de medicamentos como: Alemanha, Canadá, Estados Unidos, Japão, Reuni Unido e Espanha. O único requisito para a autorização seria que o medicamento deveria estar sendo comercializado no país de origem. As modificações na forma de prescrição previstas pelo decreto nº 150/92 visavam promover o avanço de produtos genéricos e influir na contenção de custos na área de saúde. Contudo, o poder dos *lobbies* corporativos se fez sentir na modificação imposta pelo decreto nº 177/93,<sup>385</sup> onde recorreu-se ao subterfúgio da dupla assinatura do médico para

---

<sup>383</sup> KATZ, Jorge M. **Apertura Económica e Desregulación del Mercado de Medicamentos**: La Industria Farmacéutica e Farmoquímica en Argentina, Brasil y México en los años 90. Alianza Estudio. 1º ed, Buenos Aires: 1997. p. 103. Disponível em: <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1740/338436151K19A.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>384</sup> ARGENTINA. Decreto nº 150, de 20 de janeiro de 1992. **Medicamentos**. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. Ambito de aplicación. Disposiciones Generales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/8196/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>385</sup> ARGENTINA. Decreto nº 177, de 09 de fevereiro de 1993. **Medicamentos**. Modificación del Decreto nº 150/92. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11879/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

o caso de prescrição de genéricos, habilitando-o a receitar produtos por seu nome fantasia ou citando explicitamente o nome do laboratório.<sup>386</sup>

Não podemos deixar de citar que, no ano de 1992, o decreto nº 1.490 dispõe sobre a criação da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT), organismo descentralizado da administração pública responsável pela vigilância sanitária, conforme já apresentado na seção anterior. Outra ação de impacto, sobretudo no subsetor público de prestação de serviços de saúde, foi o decreto nº 578/93,<sup>387</sup> que dispõe sobre a descentralização de hospitais públicos que deveriam ser transferidos para jurisdições provinciais e, em alguns casos, municipais. Motivada pela busca constante na redução de gastos do governo federal com a saúde a descentralização proposta por Menem veio acompanhada da criação dos Hospitais de Autogestão, hospitais aos quais eram autorizados a realizarem cobranças por prestações de serviços a segurados de obras sociais e pré-pagas. Tal medida, vigorou até o ano 2000 quando sofreu ligeiras modificações pelo decreto nº 939/00.<sup>388</sup>

No tocante aos serviços de saúde, a década de 1990 também foi marcante na introdução de mecanismos de competição entre as obras sociais, fato que terminou por enfraquecer a estrutura sindical responsável pela gestão desses agentes e favorecer ao desenvolvimento da medicina pré-paga, que ganhou espaço na prestação de serviços a essas organizações. O decreto nº 9/93,<sup>389</sup> iniciou o processo de desregulação das obras sociais estabelecendo que o beneficiário poderia escolher livremente sua obra social, a medida se aplicou a todas obras sociais nacionais, mas não permitiu que o beneficiário de uma obra social sindical se filiasse a uma obra social de direção, ou seja, patronal. O decreto nº 292/95<sup>390</sup> avançou eliminando a dupla filiação gerada por múltiplo emprego e

---

<sup>386</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. *El Mercado de Medicamentos en la Argentina*. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 27.

<sup>387</sup> ARGENTINA. Decreto nº 578, de 01 de abril de 1993. **Hospitais Públicos**. Registro de Hospitales de Autogestion. Disponível em: < <http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=12550>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>388</sup> ARGENTINA. Decreto nº 939, de 19 de outubro de 2000. **Hospitales Públicos**. Créase el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Objetivos. Disponível em: <<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64697/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>389</sup> ARGENTINA. Decreto nº 9, de 07 de janeiro de 1993. **Obras Sociales**. Disponível em:< <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>390</sup> ARGENTINA. Decreto nº 292, de 14 de agosto de 1995. **Seguridad Social**. Reducción de las contribuciones patronales. Distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución. Eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para Obras Sociales. Libertad de Elección para los jubilados. Transferencia de las funciones de asistencia social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Traspaso de pensiones no contributivas a la Secretaría de Desarrollo

por ser beneficiário de outro trabalhador, obrigando o beneficiário a unificar os aportes em uma obra social, aproveitou ainda para fazer uma redução das contribuições patronais para o sistema de obras sociais. O decreto nº 492/95<sup>391</sup> objetivou estabelecer um pacote mínimo de prestações que deveriam ser garantidas pelas obras sociais a seus beneficiários, o Programa Médico Obrigatório, já apresentado. Esperava-se que, dessa forma, o número de obras sociais fosse reduzido. Para isso, ficou estipulado que os agentes que não possuíssem capacidade de fornecer a cobertura mínima teriam de se fundir a outros agentes. O decreto 492/95 ainda estabeleceu uma nova tabela com alíquotas de contribuições patronais ainda menores e determinou a fusão de algumas obras sociais específicas. No ano seguinte, o decreto nº 1.141/96<sup>392</sup> completou o processo, possibilitando a mudança entre obras sociais sindicais, fato que depois foi regulamentado pelo decreto nº 84/97,<sup>393</sup> definindo que todo segurado poderia mudar de obra social uma vez ao ano.

As alterações no regime de patentes da Argentina constituem um capítulo fundamental desse período da história político-econômica do país. Como resultado da rodada do Uruguai, o Acordo dos Direitos de Propriedade Intelectual relacionados com o Comércio (ADPIC), fez com que a Argentina tivesse de promover alterações na sua legislação patentária. Em consequência da adesão ao acordo, a Argentina aprova a lei nº 24.425/94,<sup>394</sup> que reconhecia os acordos firmados. Na sequência dos debates a Câmara de

---

Social. Cobertura de salud a los titulares de pensiones no contributivas nacionales. Transferencia de personal. Requisitos para acceder a los beneficios. Disposiciones Finales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25621/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>391</sup> ARGENTINA. Decreto nº 492. De 22 de setembro de 1995. **Seguridad Social**: Programa Medico Obligatorio. Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parcial. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Derógase el decreto N° 282/95. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27540/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>392</sup> ARGENTINA. Decreto nº 1.141, de 07 de outubro de 1996. **Obras Sociales**. Definese la fecha a partir de la cual la población beneficiarla podrá efectivamente optar entre las distintas Obras Sociales Sindicales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/39713/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>393</sup> ARGENTINA. Decreto nº 84, de 29 de janeiro de 1997. **Obras Sociales**. Modifícase la Resolución N° 633/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, ratificada por Decreto N° 1560/96, mediante la cual se dictaron normas complementarias para posibilitar que los beneficiarios de Obras Sociales comprendidos en los incisos a), b), d), f) y h) de la Ley 23.660 ejerzan su derecho a la opción de cambio entre las mismas. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41704/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>394</sup> ARGENTINA. Lei nº 24.425, de 23 de dezembro de 1994. **Organización Mundial del Comercio**. Apruébase el Acta Final en que se incorporan los resultados de la Ronda Uruguay de Negociaciones Comerciales Multilaterales; las Decisiones, Declaraciones y Entendimiento Ministeriales y el Acuerdo de

Deputados aprova a lei nº 24.481/95,<sup>395</sup> que teve de ser modificada pela lei nº 24.572/95,<sup>396</sup> pois a primeira não reconhecia a patentabilidade para produtos no campo farmacêutico e a proteção de dados de registros requeridos para sua proteção. Na sequência, o decreto nº 260/96,<sup>397</sup> definiu a entrada em vigor do novo sistema de patentes para o ano 2000, restrito apenas aos novos produtos, ou seja, sem caráter retroativo. A proteção por patentes para medicamentos outorga uma exclusividade por vinte anos na elaboração e comercialização. Posteriormente, a lei nº 25.859/03<sup>398</sup> veio a modificar a legislação patentária para estender a proteção aos procedimentos e não só aos produtos, favorecendo aos laboratórios que realizam investimentos em P&D.<sup>399</sup>

Ao final da década de 1990, a crise do modelo de convertibilidade se abate sobre o país e o sistema de saúde acusa o golpe. Visando promover alterações no modelo de atenção para aumentar a eficiência diante dos escassos recursos, o decreto nº 455/00<sup>400</sup> aprova o Marco Estratégico-Político para a Saúde. Ficam definidas estratégias dirigidas ao modelo de atenção voltando-o para a atenção primária e proporcionando a reorganização do sistema de serviços de saúde. A ideia era desenvolver os primeiros níveis de atendimento e criar um novo paradigma de atenção baseado em uma concepção integral de saúde, ligado aos comportamentos de autocuidado. Aqui, o Conselho Federal de Saúde já é chamado a ocupar seu espaço enquanto organismo de formação de consensos.<sup>401</sup>

---

Marrakesh. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/799/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>395</sup> ARGENTINA. Lei nº 24.481, de 23 de maio de 1995. **Ley de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27289/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>396</sup> ARGENTINA. Lei nº 24.572, de 23 de outubro de 1995. **Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Normativa Aplicable – Modificación. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=28639>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>397</sup> ARGENTINA. Decreto nº 260, de 20 de março de 1996. **Ley de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Apruébase el texto ordenado de la Ley Nº 24.481, modificada por su similar Nº 24.572 (T.O. 1996) y su Reglamentación. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/35001/texact.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>398</sup> ARGENTINA. Lei nº 25.589, de 08 de janeiro de 2003. **Patentes de Invención**. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91776/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>399</sup> **Complejo Farmacéutico**. Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. Disponível em: <[http://www.mecon.gov.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmacaceutico.pdf](http://www.mecon.gov.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmacaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>400</sup> ARGENTINA. Decreto nº 455, de 08 de junho de 2000. **Marco Estratégico-Político Para la Salud de los Argentinos**. Disponível em: <<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63270/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>401</sup> MALACH, Ivo et al. **Creación de una Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud**. Disponível em: <[http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion\\_de\\_una\\_Agencia\\_Reguladora\\_%20del\\_%20Seguro\\_%20Nacional%20de\\_%20Salud.pdf](http://www.auditoriamedicahoy.net/biblioteca/Creacion_de_una_Agencia_Reguladora_%20del_%20Seguro_%20Nacional%20de_%20Salud.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

No ano de 2002, a crise chegou ao seu ápice e as instabilidades no campo político deram lugar a uma série de atos legislativos que provocaram um novo ordenamento das regras do jogo e, conseqüentemente, uma nova orientação das estratégias dos atores. Concomitantemente, a crise política e econômica que se avoluma no decorrer dos últimos anos, temos também a entrada em vigor do acordo ADPIC e o esgotamento das estruturas de saúde que sofrem com o aumento dos custos médicos. O sistema de convertibilidade entra em convulsão e o governo redefine o modelo cambial decretando Estado de emergência pública, fato que inaugura a formação de um novo paradigma, que veio a se constituir como o novo modelo justicialista levado a cabo pelos Kirchners. A lei nº 25.561/02,<sup>402</sup> instala esse Estado de emergência pública direcionando a Argentina a uma trajetória autossustentável, ou seja, sem os recorrentes auxílios financeiros internacionais, a norma permitiu ao poder executivo estabelecer um novo sistema de câmbio e ditar regulações nessa matéria.

Pouco depois, o Decreto nº 486/02<sup>403</sup> promoveu grande impacto na saúde argentina. Considera intolerante os níveis de pobreza que afetam o mercado de saúde; que o Sistema Nacional de Obras Sociais e o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP) atravessavam uma profunda crise de financiamento, dificultando do cumprimento das prestações previstas pelo Programa Médico Obrigatório (PMO); que diversos centros de assistenciais estariam impossibilitados de fornecer a medicação, sobretudo a de origem internacional, e que os

---

<sup>402</sup> ARGENTINA. Lei nº 25.561, de 06 de janeiro de 2002. **Emergencia Publica y Reforma del Regimen Cambiario**. Declárase la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. Régimen cambiario. Modificaciones a la Ley de Convertibilidad. Reestructuración de las obligaciones afectadas por el régimen de la presente ley. Obligaciones vinculadas al sistema financiero. Obligaciones originadas en los contratos de la administración regidos por normas de derecho público. Obligaciones originadas en los contratos entre particulares, no vinculadas al sistema financiero. Canje de títulos. Protección de usuarios y consumidores. Disposiciones complementarias y transitorias. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/71477/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>403</sup> ARGENTINA. Decreto nº 486, de 12 de março de 2002. **Emergencia Sanitaria Nacional**: Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional. Atribuciones del Ministerio de Salud. Suministro de Insumos y Medicamentos a Instituciones Públicas de Salud con Servicios de Internación. Atribuciones del Consejo Federal de Salud. Financiamiento. Régimen de Compras y Contrataciones. Monitoreo de Precios e Importación. Listados de Medicamentos e Insumos. Precios de Referencia. Prescripción por Genéricos y su Sustitución. Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos. Creación y Funcionamiento. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Garantía de las Prestaciones Básicas Esenciales. Fondo Solidario de Redistribución. Colegios Profesionales. Sentencias con Condenas de Pago. Emergencia Sanitaria y Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Atribuciones del Interventor Normalizador. Contrataciones del citado Instituto. Relevamiento y Control de Deudas. Disposiciones Finales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

hospitais estariam impossibilitados de assegurar medicamentos devido à alta de preços. Para contornar a grave crise sanitária o decreto em questão declarou emergência sanitária nacional, permitindo ao poder executivo redefinir funções do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Saúde, reformulando regras de financiamento da saúde e o regime de compras públicas e contratações, estabeleceu uma tabela de preços de referências para insumos e medicamentos críticos, permitiu a prescrição de medicamentos por seu nome genérico e a substituição, por parte do profissional farmacêutico, do medicamento de marca por outro medicamento que contenha as mesmas características, porém com menor preço, criou programas de universalização do acesso a medicamentos voltados para assegurar o acesso a medicação ambulatorial para famílias à baixo da linha de pobreza e ao fornecimento de medicamentos genéricos para a atenção primária (pouco depois organizados sob o título de programa Remediar), criou ainda o Fundo Solidário de Redistribuição com contribuições de todas as obras sociais para ajuda mútua.

A situação de crise deflagrada levou ao Estado argentino a assumir as rédeas na condução das políticas públicas e a promover regulamentações. Nesse sentido, a resolução nº 201/02<sup>404</sup> da Superintendência de Serviços de Saúde (SSSalud), conforme já apontado no decreto nº 486/02, estabelece a incorporação de novos medicamentos e procedimentos a serem inclusos no Programa Médico Obrigatório (PMO), dado o contexto, convencionou-se chamar o novo pacote de prestações básicas por Programa Médico Obrigatório Emergencial (PMOE), que deveria ser redefinido ao final do Estado de emergência sanitária, situação que se prolongou indefinidas vezes. Juntamente com os novos requisitos de funcionamento para agentes de serviços de saúde foi introduzido o mecanismo do co-financiamento, segundo essa normativa todos os agentes (obras sociais, planos de saúde e mutuais) deveriam contribuir com 40% do custeio da medicação de seus segurados.

Compelida pelo decreto nº 486/02, que permitiu a substituição da medicação por parte do profissional farmacêutico, ainda em 2002, foi promulgada a lei nº 25.649/02<sup>405</sup>

---

<sup>404</sup> ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolución 201, de 9 de abril de 2002. **Salud Pública**. Apruébese el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1º de la Ley Nº 23.660. Disponível em: <<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000338.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>405</sup> ARGENTINA. Lei nº 25.649, de 18 de setembro de 2002. **Especialidades Medicinales**. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Disponível em:<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/77881/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

que regulamentou o uso de medicamentos genéricos obrigando ao médico o fornecimento da receita contendo sua denominação comum internacional. Estabeleceu ainda, a obrigatoriedade do farmacêutico, apontado pela norma como único profissional responsável e capacitado para o fornecimento da medicação, de oferecer a substituição do medicamento receitado por opção adequada de menor custo.

Por fim, o marco regulatório relacionado a nossa temática de estudo se encerra com a lei nº 26.567/09,<sup>406</sup> que reestabeleceu o controle do comércio de medicamentos de venda livre restrito às farmácias devidamente habilitadas pela autoridade sanitária, caracterizando o comércio desses produtos fora desses estabelecimentos como exercício ilegal da farmácia. Recuperou, assim, as regras estabelecidas pela Lei de Farmácias nº 17.565/67, incluindo a medicação de venda livre, e derogou os artigos 14 e 15 do Decreto nº 2284/91 que versavam sobre a venda de medicamentos fora dos estabelecimentos compreendidos pela Lei de Farmácias. Por fim, determinou que os programas de acesso a medicamentos deveriam contar com a supervisão de profissionais farmacêuticos e, permitiu as autoridades máximas nacionais ou provinciais, a autorização de abertura à título precário e em áreas onde não atuem farmacêuticos, de estabelecimentos para fornecimento de medicamentos.

Embora apartada do recorte temporal e indiretamente ligada à problemática a que nos propomos estudar, a lei nº 26.688/11<sup>407</sup> possui potencial impacto na agenda de medicamentos, pois declara interesse nacional em P&D de medicamentos, matérias-primas e vacinas, buscando estabelecer registros para investimentos em inovação nos laboratórios de produção pública, medida que direciona os medicamentos à condição de bens sociais.

O longo hiato que vai desde o ano de 2002 até a regulamentação da cadeia de comércio de medicamentos em 2009, é marcado por uma série de eventos e movimentos dos atores envolvidos na agenda da saúde, mas que não chegaram a se converterem em marcos regulatórios de expressão à nível nacional. Esses eventos de relevância para nossa

---

<sup>406</sup> ARGENTINA. Lei nº 26.567, de 17 de dezembro de 2009. **Medicamentos**. Modifícase la Ley Nº 17.565 que regula el ejercicio de la actividad farmacéutica. Deróganse los artículos 14 y 15 del Decreto Nº 2284/91. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/161721/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>407</sup> ARGENTINA. Lei nº 26.688, de 29 de julho de 2011. **Salud Pública**. Declárase de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185041/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

análise serão objeto de estudo em nosso capítulo seguinte, onde analisaremos os efeitos da crise na formação de um novo ambiente institucional, o desequilíbrio formado pelo estabelecimento de novas regras, o posicionamento dos atores e as alianças formadas pelos farmacêuticos.

#### **2.4. Síntese.**

De posse das informações levantadas no presente capítulo, podemos notar que o sistema político argentino instável, por diversas vezes, promoveu rupturas institucionais que dificultaram o estabelecimento de regras duradouras e perspectivas de longo prazo por parte de seus atores. Nos momentos onde predominaram regimes de exceção, a perda de poder por atores importantes foi sentida, notadamente os sindicatos. Nos momentos de normalidade institucional, a concessão de suas demandas foi moeda de troca. Isso se fez sentir nas políticas de saúde criando um sistema que produziu diversas estruturas que se sobrepunham e experimentou muitas alterações, porém poucas mudanças efetivas. Por fim, é possível perceber que a tendência à aplicação de políticas neoliberais iniciada durante a ditadura da década de 1970, mantém-se nos governos democráticos e se acelerara durante o governo Menem.

Ao longo da década de 1990, elas encontram seu ápice e deixam um saldo de precarização do trabalho, desemprego, desindustrialização, enfraquecimento das organizações sindicais e renúncia da política monetária e protecionista. No campo da saúde, observa-se a descentralização da rede hospitalar (muitas vezes não acompanhada de pressupostos para sua manutenção), a inserção de mecanismos de competitividade nas obras sociais, bem como os requisitos mínimos para sua atuação, que acabaram por fortalecer ainda mais a medicina privada, subsector que mais ganhou espaço no período.<sup>408</sup> No que tange ao mercado de medicamentos, as grandes mudanças foram sentidas quando as políticas neoliberais encontravam seu auge, alterações nos marcos regulatórios criaram um ambiente propício para a inserção de multinacionais e enfraqueceram indústrias de capital nacional, a ideia de que a desregulação econômica geraria maior competição foi de encontro ao que se propunha no campo da atenção à saúde e da atenção farmacêutica.

Com isso, os efeitos se fizeram sentir mais agudos para o mercado de medicamentos quando o modelo neoliberal foi confrontado por suas contradições ao final da década de 1990. Podemos perceber, sobretudo no que se refere à políticas de saúde, e

---

<sup>408</sup> MADIES, Cláudia. **Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga**. 2000.

mais especificamente às políticas de acesso aos medicamentos que, em seu auge, as políticas orientadas para o mercado passam a dar lugar a políticas dirigidas no sentido de levar o Estado ao papel coordenador no mercado de saúde, construindo espaços de interação e formação de consensos entre os atores, reforçando a indústria farmacêutica de capital nacional, orientando a política de saúde no rumo da atenção primária e abrindo caminho para regulamentações que irão permitir a retomada do monopólio do comércio de medicamentos por parte dos farmacêuticos.

### **3. Capítulo 3 – Os Farmacêuticos Diante do Decreto nº 2.284/91.**

No presente capítulo caracterizaremos o menemismo, responsável pela aplicação da agenda neoliberal na Argentina, buscando estabelecer uma definição para seu conceito. Posteriormente, analisaremos seus impactos sobre a economia do país, bem como sua influência na indústria farmacêutica, na seguridade social e saúde, além dos efeitos sentidos pelos farmacêuticos. Feito isso, iremos nos debruçar sobre a atuação dos farmacêuticos diante da desregulação econômica observando suas linhas de ação e estratégias durante o menemismo. Na sequência, verificaremos quais as condições se encontravam os farmacêuticos ao término da política menemista e sua relação com as políticas implementadas mediante o novo arranjo político experimentado a partir de 2002. Serão analisados os posicionamentos dos farmacêuticos frente a temas que se colocaram em destaque na agenda relacionada à saúde e ao mercado de medicamentos, tais como patentes, modelo de sistema de saúde e de financiamento da saúde, a relação dos farmacêuticos com obras sociais e pré-pagas, os novos programas de acesso à saúde implantados pelo governo e as relações entre farmacêuticos e a indústria de medicamentos.

Na última parte dessa seção, serão abordadas as relações estabelecidas pelos farmacêuticos na busca da revisão do decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica, para o mercado de medicamentos após o encerramento da política menemista. Neste momento, identificaremos os atores relacionados classificando-os em: aliados permanentes, aqueles que desde o princípio dos debates se posicionaram em acordo com os farmacêuticos; aliados eventuais, aqueles que foram se somando a coalizão ao longo de seu desenvolvimento; e os opositores. Analisaremos também quais foram as estratégias implementadas pelos farmacêuticos diante desse novo momento político, a saber: reforço da atenção farmacêutica e qualificação profissional, publicidade com denúncias de risco na aquisição de medicamentos fora das farmácias, luta pela implementação de legislações provinciais, aliança com membros da equipe de saúde, do mercado de medicamentos e do governo, além da frente parlamentar. A partir daí, analisaremos como se deu a relação entre os farmacêuticos e as organizações de representação de seus aliados, o governo e a burocracia estatal, instituições de representação de interesses farmacêuticos, instituições de membros da equipe de saúde, *droguerias* e o parlamento nacional.

### **3.1. Contexto de Edição do Decreto e Seus Impactos Sobre a Economia, Indústria, Seguridade Social, Saúde e na atuação dos Farmacêuticos.**

Nesta sessão, o objetivo é contextualizar a edição do decreto de desregulação econômica, momento específico da história política argentina, marcado pela ascensão de políticas neoliberais levadas à cabo pelo presidente Carlos Menem, fenômeno que comumente é tratado como menemismo. Para tal, buscaremos estabelecer uma breve discussão sobre o conceito de menemismo e os contornos que definem as políticas as quais este termo suscita. Em seguida, iremos tratar rapidamente sobre a forma com a qual o menemismo influenciou na economia e no desenvolvimento da indústria argentina (com ênfase na indústria farmacêutica), na seguridade social, nas políticas de saúde do país e na atuação dos farmacêuticos durante sua vigência.

\*\*\*

Carlos Saúl Menem chegou ao posto de presidente da Argentina em 1989, depois de uma campanha eleitoral com promessas de “*salario*” e um retorno as bases do peronismo. Após eleito, diante da queda de popularidade do radicalismo, aproveitou para ampliar seu poder por meio das leis de Reforma do Estado nº 23.696/89 e de Emergência Econômica nº 23.697/89, já citadas anteriormente. Além disso, a maioria justicialista no congresso avalizou a criação de mais quatro vagas para juízes da suprema corte, o que garantiu a não interferência do judiciário na implementação de seu plano de reforma do Estado.<sup>409</sup>

Na política externa, Menem se aproximou dos Estados Unidos, o que lhe colocou numa situação de oposição aos demais países latino-americanos. A orientação peronista foi abandonada para dar lugar a uma política neoliberal. A vontade política de aplicar políticas baseadas no Consenso de Washington levou Menem a buscar a tão sonhada estabilidade econômica e equilíbrios na balança de pagamentos por meio da, já velha, receita de corte de gastos públicos, porém, com o adicional das privatizações que contribuíram para o fluxo de caixa. Essa busca pelo controle inflacionário provocou mais uma recessão e os dois primeiros anos do governo Menem se passaram sem grandes resultados para a economia argentina.<sup>410</sup>

---

<sup>409</sup> ROMERO, Luis Alberto. **História Contemporânea da Argentina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006 p. 257.

<sup>410</sup> VIANINI, Fernando. **A Trajetória Econômica Argentina: 1989 – 2007**. Dissertação. (Mestrado em História). 2012. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: 2012. p. 28.

Com dificuldades para se encontrar nesses primeiros anos o governo trocou vários ministros, alguns deles chegaram a ocupar diversas pastas. Fruto do desgaste causado pela recessão, no dia 1º de abril de 1991 Domingo Cavallo chega ao Ministério da Economia, lança seu plano de Convertibilidade e estabelece um plano de redução de tarifas concretizando a abertura da economia argentina ao mercado externo. A partir da paridade da moeda argentina com o dólar a arrecadação fiscal melhora e o país passa a dispor de diversos empréstimos e investimentos externos.<sup>411</sup> Nesse contexto de incertezas do governo Menem, a melhora nos índices econômicos deu ânimo para o aprofundamento do modelo, assim, ao final do mês de outubro foi lançado o decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica. Diante desse ato, do qual já detalhamos seus principais dispositivos na sessão anterior, o governo Menem estabelece o seu padrão de política econômica. Está formado o modelo econômico-político que ficou conhecido como menemismo.

Com efeito, a década de 1990 na Argentina é conhecida como a década do menemismo, em virtude da coincidência com os governos Menem (1989 – 1999). Trata-se de uma etapa da história argentina caracterizada pelas as forças econômicas escapando à regulação do Estado, marcando a separação entre o político (nacional) e a dominação econômica (global), onde consensos artificiais sustentaram um aparato de poder cada vez mais concentrado.<sup>412</sup> Diversas formulações sobre o conceito de *menemismo* foram produzidas adotando variados pontos de vista.<sup>413</sup> Analisando a literatura dedicada ao

---

<sup>411</sup> ROMERO, Luis Alberto. **História Contemporânea da Argentina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006. p. 259.

<sup>412</sup> GALLO, Adriana. **Las Relaciones de Poder Durante el Menemismo: Las Transformaciones en la Argentina de los Noventa**. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. 14, nº 41, 2008. p. 83. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v14n41/v14n41a3.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>413</sup> GALLO, Adriana. **Las Relaciones de Poder Durante el Menemismo: Las Transformaciones en la Argentina de los Noventa**. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. 14, nº 41, 2008. p. 83. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v14n41/v14n41a3.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; PETRAS, James. **El Menemismo: El contexto Internacional de la Decada del 90**. Revista Herramienta, nº 12, mar, 2000. Disponível em: <<http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/el-menemismo-el-contexto-internacional-de-la-decada-del-90>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; PERUZZOTTI, Enrique. **Menemismo y Reforma: Revisando o Modelo de Democracia Delegativa**. Lua Nova, nº 45, São Paulo: 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n45/a07n45.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; FAIR, Hernán. **Claves para Entender el Éxito de la Hegemonía Menemista en la Argentina Neoliberal de los Años '90**. Sociologías, Año 16, nº 37, Porto Alegre. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v16n37/1517-4522-soc-16-37-00252.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.; GASTÓN, Souroujon. **La Ciencia Política Argentina Frente al Menemismo: Preguntas, Interpretaciones y debates**. Ciencia, Docencia y Tecnología. nº 4, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-17162014000200001&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162014000200001&lang=pt)>. Acesso em: 03 ago, 2016.; RODRIGUEZ, Dário A. **Populismo y Liderazgo en la Democracia Argentina: Un Cruce Comparativo entre el Menemismo y el Kirchnerismo**. Postdata, Vol. 19, nº 2, Buenos Aires.

menemismo, é consenso que o regime menemista pode ser tomado como a expressão mais avançada da aplicação do modelo político-econômico-cultural do neoliberalismo. Em suma, as linhas que definem o menemismo são delimitadas pelo escopo de atribuições do executivo alargado, por seu avanço em relação a atribuições típicas do poder legislativo e intervenções no judiciário para garantia de complacência, que terminam por formar um traço de autoritarismo, também a aplicação de reformas orientadas para o neoliberalismo e o consenso em torno deste ideário, privatizações por meio de decretos, desregulação de mercados e, por que não dizer, pelo personalismo de Carlos Menem.

O menemismo, devido seu apoio externo e autoritarismo, representou uma ruptura radical com instituições "nacionalistas e populares", completo dismantelamento dos programas de bem-estar e a venda de empresas públicas em um processo abrupto, pouco transparente e carregado de denúncias de corrupção. Como principais efeitos econômicos do menemismo, foram destaques: a transferência de recursos para EUA e Europa, marcando o período mais lucrativo de suas instituições bancárias, a desindustrialização que vitimou as empresas nacionais, principalmente aquelas de menor porte, e o aumento da desigualdade entre grupos sociais no espaço nacional.<sup>414</sup>

Segundo James Petras, o menemismo deve ser observado como parte de um fenômeno maior e mais genérico, o “servilismo político”, que lhe garantiu apoio internacional. Para melhor compreensão do fenômeno seria fundamental enfoca-lo como um padrão geral da América Latina. Ainda segundo esse autor, o menemismo configurou-se como a segunda onda neoliberal na Argentina, pois a primeira teria se dado com Martinez de Hoz, ministro da economia durante o período da ditadura da Reorganização Nacional, responsável por proporcionar a formação de uma nova classe capitalista transnacional, que não busca o mercado interno e nem a proteção do Estado, mas que se liga ao capital exterior movimentando fundos, tal como os especuladores estrangeiros. Assim, na segunda onda neoliberal – o menemismo – representou a ascensão dessa nova classe capitalista ao poder, coincidindo com uma radicalização do imperialismo Euro-Americano que se recuperava dos revezes sofridos na década de 1970 com o radicalismo no Iran, os movimentos de libertação no sul da África e o breve florescimento de regimes

---

2014. Disponível em: < [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96012014000200011&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012014000200011&lang=pt)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>414</sup> PETRAS, James. **El Menemismo**: El contexto Internacional de la Decada del 90. Revista Herramienta, nº 12, mar, 2000. Disponível em: <<http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/el-menemismo-el-contexto-internacional-de-la-decada-del-90>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

populares na América Latina.<sup>415</sup> Para Aldo Ferrer, a estratégia seguida por Menem se voltou para integração aos desafios colocados pela globalização em três campos que seriam: as finanças, a divisão internacional do trabalho e a internacionalização da produção por meio de corporações transnacionais.<sup>416</sup> Petras destaca ainda, a importância de Menem como o pioneiro na introdução e consolidação das políticas econômicas neoliberais na região, tendo estabelecido um importante ponto de referência aos demais presidentes que seguiram esse caminho.<sup>417</sup>

No que diz respeito a economia, o menemismo afirmava ser capaz de resolver os problemas abraçando o neoliberalismo e, por isso, foi apontado como exemplo por organismos multilaterais de gestão do capitalismo como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Contudo, o desequilíbrio e o desemprego provocado pelas privatizações e abertura econômica que vitimaram pequenas empresas, ficaram ainda mais evidentes após a crise do México. A reação de Menem se deu conforme previsto nas orientações neoliberais, reduziu salários públicos e aumentou impostos. Em virtude da constituinte de 1994, seu segundo mandato foi viabilizado, porém com duração de 4 anos. Nesse mandato Domingo Cavallo é mantido no cargo assegurando a continuidade do modelo.<sup>418</sup>

Em 1996, o desemprego e a dívida externa já eram problemas de difícil solução, uma nova onda de privatizações é anunciada, a insatisfação aumenta e a relação entre Cavallo e Menem estremece culminando com a saída do ministro, dando lugar a Roque Fernandez que mantém o curso da política econômica.<sup>419</sup> Em 1998, a crise asiática derruba os preços de *commodities*, as fontes de créditos internacionais quase secam, o congresso que já rejeitava medidas neoliberais passa a apresentar uma oposição mais organizada e o governo Menem encerra seu ciclo com a Argentina imersa na recessão econômica, no desemprego e na crise da dívida externa. Segundo Fernando Vianini, no período em que vigorou o menemismo na Argentina, o país experimentou dois momentos

---

<sup>415</sup> PETRAS, James. **El Menemismo**: El contexto Internacional de la Decada del 90. Revista Herramienta, nº 12, mar, 2000. Disponível em: <<http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/el-menemismo-el-contexto-internacional-de-la-decada-del-90>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>416</sup> FERRER, Aldo. **A economia argentina**: De suas origens ao início do século XXI. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

<sup>417</sup> PETRAS, James. **El Menemismo**: El contexto Internacional de la Decada del 90. Revista Herramienta, nº 12, mar, 2000. Disponível em: <<http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/el-menemismo-el-contexto-internacional-de-la-decada-del-90>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>418</sup> ROMERO, Luis Alberto. **História Contemporânea da Argentina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006. p. 271.

<sup>419</sup> ROMERO, Luis Alberto. **História Contemporânea da Argentina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006. p. 273.

bem distintos da economia, a saber: o primeiro, antes da crise do México com a hiperinflação solucionada e com o crescimento econômico garantido pela abertura e convertibilidade; e um segundo momento, após a dita crise quando as “rachaduras do modelo” se evidenciam, o crédito exterior cessa e o governo passa a sofrer cada vez mais com a oposição.<sup>420</sup>

Como dito anteriormente, a Argentina possui um complexo industrial de destaque na América Latina e que detém todas as características de um país em desenvolvimento, sobretudo no que diz respeito à distância da fronteira tecnológica estabelecida pelos países mais industrializados. Ao longo do século XX, a indústria argentina se desenvolveu sob o marco da substituição de importações. Durante o Processo de Reorganização Nacional, no ano de 1976, o programa de abertura econômica rompeu com este modelo e levou o país a uma crise de endividamento e inflação ao qual tiveram de combater na década seguinte.<sup>421</sup>

Com o menemismo, a Argentina experimentou uma nova abertura econômica caracterizada pela liberalização econômica, desregulação e privatizações sem os constrangimentos sofridos pelos militares. Como consequências, observou-se um processo de desindustrialização pelo fechamento de pequenas e médias empresas impossibilitadas de competirem em mercado aberto, afetadas pela sobrevalorização da moeda causada pela convertibilidade, sistema aduaneiro vulnerável e com dificuldades para obterem financiamentos. Por outro lado, as empresas argentinas de maior volume de capital tiveram a oportunidade de elevar sua produtividade.<sup>422</sup> No entanto, o processo de abertura não foi homogêneo, para alguns setores foi limitado, como o setor automobilístico; para outros mais ligados a exportação e, por tanto, mais afetados pela sobre valorização do peso, foram disponibilizados subsídios, reembolsos e compensações fiscais. Essas assimetrias no processo de abertura e desregulamentação proporcionaram a retração de alguns setores e favoreceram o desenvolvimento de outros, entre esses beneficiados está a indústria farmacêutica.<sup>423</sup>

---

<sup>420</sup> VIANINI, Fernando. **A Trajetória Econômica Argentina: 1989 – 2007**. Dissertação. (Mestrado em História). 2012. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: 2012. p. 38.

<sup>421</sup> KOSSACOFF, Bernardo. **Indústria Argentina: Respostas Empresariais às Mudanças em Curso**. Palestra Realizada no Auditório da Fundação de Economia e Estatística. 1999. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/1811/2178>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>422</sup> AZPIAZU, Daniel; SCHORR, Martín. **Hecho en Argentina: industria y economia, 1976-2007**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2010. p. 222.

<sup>423</sup> FERRER, Aldo. **A economia argentina: De suas origens ao início do século XXI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 261.

A economia do menemismo, no que tange a política industrial, acentuou a característica da indústria farmacêutica de elevação da concentração de capital por meio de fusões e impulsionou o crescimento das empresas estrangeiras.<sup>424</sup> As mudanças no marco regulatório geral do setor farmacêutico e Farmoquímico, a Convertibilidade, e a desregulação econômica inserida pelo decreto nº 2.284/91 levaram a queda do modelo de substituição de importações no país. Foi criado um cenário de dificuldade para laboratórios menores e estímulos a presença de laboratórios estrangeiros, que levou os laboratórios nacionais de maior vulto a se associarem às multinacionais através de acordos de produção. Ginés González García, aponta cinco componentes macro que estiveram presentes no menemismo e que colocaram em movimento as novas formas de organização econômico-social e a redefinição de estratégias, a saber: a eliminação do controle de preços e o processo de abertura externa da economia junto com a eliminação da proteção tarifária (atos sob influência direta do decreto 2.284/91), a simplificação do acesso a novos registros de produtos, o novo regime legal de patentes (resultado dos acordos do ADPIC) e, por fim, o avanço do processo de integração do Mercosul.<sup>425</sup>

De certo, o medicamento não é uma mercadoria comum, não se trata de um simples produto industrializado. O mercado de medicamentos, conforme já trabalhado anteriormente, é caracterizado por monopólios de grupos terapêuticos, pela grande seletividade dos medicamentos atuais, pela capacidade restrita de desenvolvimento de princípios ativos, pelas características de patentabilidade, entre outros fatores que os diferem dos demais produtos. No entanto, ao atacar as regulações do mercado de medicamentos inserindo mecanismos de competição via preços, a economia do menemismo colocou em evidência algumas falácias neoliberais como, por exemplo, a ideia de que a desregulação econômica gera maior competição, conseqüentemente o maior desenvolvimento econômico e que esse crescimento econômico proporcionaria maior bem-estar. Pois, em 1994 a Argentina já era o país da América Latina que mais gastava com medicamentos, mesmo com uma alta porcentagem da população sem acesso assegurado aos medicamentos essenciais.<sup>426</sup> A ineficiência da estratégia neoliberal de Menem se faz evidente, pois no auge do menemismo, ou seja, de 1991 a 1996, os preços

---

<sup>424</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. p. 20.

<sup>425</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 25.

<sup>426</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. **Remedios Políticos para los Medicamentos**. Buenos Aires: Fundación Isalud. 1994.

dos laboratórios estrangeiros vão subindo até equiparar-se aos laboratórios nacionais, algo que Ginés Gonzáles García trata como efeito do decreto nº 2.284/91.<sup>427</sup> No mesmo período, verificou-se uma queda nas vendas na ordem de 12,87% e um aumento nos preços em 70,48%.<sup>428</sup> Esta situação garantiu o aumento dos rendimentos da indústria farmacêutica ao custo do bem-estar do cidadão argentino. No ano de 1999, portanto ao término do governo Menem, o mercado brasileiro de medicamentos era duas vezes maior em valores e três vezes em unidades em relação ao argentino. O preço médio dos laboratórios estrangeiros na Argentina era, em geral, superior aos seus pares no Brasil.<sup>429</sup> Deste modo, podemos perceber como as políticas orientadas para a desregulação econômica implementadas na Argentina se mostraram ineficientes quanto criação de um mercado de medicamentos mais competitivo, com preços reduzidos e com maior bem-estar.

Nas reformas da saúde devemos observar a atuação do menemismo no âmbito da agenda do projeto de Reforma do Estado, o qual implica a redefinição do papel do Estado, fixando limites mais acanhados para sua atuação e a reorganização do funcionamento das instituições. No que tange ao sistema de saúde, o menemismo seguiu abraçado aos ideais neoliberais por meio da busca pela eficiência nos gastos e a competitividade. Suas principais ações se deram voltadas para a simplificação de estruturas de fiscalização e controle, transferindo às províncias a gestão dos hospitais públicos, incentivando a autogestão desses e inserindo mecanismos próprios da economia de mercado nas obras sociais através de sua desregulação.

Com o menemismo, buscou-se reduzir o aparato estatal dedicado à fiscalização e controle, aumentando sua eficiência por meio de simplificação das estruturas e eliminação da segmentação que, por diversas vezes, provocavam uma sobreposição de atribuições. O sistema previdenciário experimentou esforços para a redução de seu excessivo grau de fragmentação com a criação da Administração Nacional de Seguridade Social (ANSES). Porém, as desonerações fiscais concedidas ao empresariado, a precarização do trabalho e

---

<sup>427</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 67.

<sup>428</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. p. 20.

<sup>429</sup> GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13. 1999. p. 73.

o desemprego comprometeram a capacidade de autossuficiência do sistema.<sup>430</sup> Essa simplificação se deu na estrutura de acompanhamento do sistema de serviços de saúde por meio da criação da Superintendência de Serviços de Saúde (SSSalud) que, em 1996, unificou diversos organismos, conforme já visto.

Desde o início do modelo menemista houve espaço de destaque para o empresariado do setor de serviços de saúde. Pois, no mesmo contexto que marcou a chegada de Domingo Cavallo ao Ministério da Economia, temos a nomeação do Dr. Alberto José Mazza ao cargo de Secretário Nacional de Saúde. Mazza era presidente da Associação de Entidades de Medicina Pré-Paga (ADEMP), desde a fundação da entidade, que representa os interesses da iniciativa privada do setor.<sup>431</sup> Em 1993, após dois anos como secretário de saúde alçou ao cargo de Ministro na pasta, colocando em prática o plano de desregulação das obras sociais (visto ao tratarmos do marco regulatório). Tal desregulação introduziu mecanismos de competição entre as obras sociais, estabelecendo estratégias em que aquelas maiores e de maior capacidade de sobrevivência financeira (com ou sem acordos com empresas de atenção médica administrada) passaram a captar no “corpo a corpo” usuários com maiores salários. Na sequência, a seleção absolve usuários de maior rentabilidade (menor risco de problemas de saúde, em geral homens solteiros). Esse processo competitivo entre as obras sociais colocava sob risco ainda maior a sobrevivência das entidades de menor porte.<sup>432</sup>

Outra medida de impacto na redução do número de obras sociais foi o Programa Médico Obrigatório (PMO), que respondeu a uma demanda pujante por redução de assimetrias nos serviços de saúde, mas também foi um poderoso instrumento do Estado menemista para a redução do número excessivo de obras sociais, pois segundo as disposições do decreto nº 492/95, aquelas entidades que não conseguissem cobrir os requisitos necessários deveriam se fundir ou solicitar sua desativação transferindo seus segurados para outras obras sociais.<sup>433</sup> Combinados, os processos de desregulação das

---

<sup>430</sup> MEDICI, André Cezar. **Avaliando a Reforma na Previdência na Argentina nos anos 90**. Rio de Janeiro: dez, 2002.

<sup>431</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010.

<sup>432</sup> MEDICI, A. **A desregulação das Obras Sociais**: Mais um Episódio da Reforma de Saúde da Argentina... O Que Virá Depois?. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 48, nº 33, 2002.

<sup>433</sup> ARGENTINA. Decreto nº 492. De 22 de setembro de 1995. **Seguridad Social**: Programa Medico Obligatorio. Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parcial. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Derógase el decreto N° 282/95. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27540/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

obras sociais e o PMO se configuraram como importantes instrumentos para aumento da rentabilidade das empresas privadas dedicadas à prestação dos serviços de saúde, pois com recursos reduzidos devido a diminuição das contribuições previdenciárias e diante de um aumento dos custos colocados pelos requisitos mínimos do PMO, tornou-se praticamente inviável a manutenção e ampliação da rede própria de boa parte das obras sociais, que não viram outra opção senão firmar convênios com empresas de medicina pré-paga.<sup>434</sup>

A descentralização de hospitais públicos também foi outro traço marcante do menemismo aplicado aos serviços de saúde. De fato, essa não foi uma inovação da década de 1990, desde os anos de 1950 já havia um movimento nesse sentido. Essa estratégia foi recuperada em 1976 e intensificada ao longo do governo menemista até a quase total eliminação da gestão federal de hospitais.<sup>435</sup> Fabián Repetto define a descentralização como a transferência de responsabilidades, capacidades e/ou recursos de um nível superior de governo a um nível inferior. Ainda segundo Repetto, é marcante estratégia do governo menemista em relação ao setor público de saúde no sentido de transferir hospitais nacionais a jurisdições provinciais e, em alguns casos, jurisdições municipais.<sup>436</sup> A inovação se deu ao promover a figura dos hospitais de autogestão regulamentada pelo decreto nº 578/93. A criação do regime de autogestão dos hospitais não promoveu mudanças substantivas na sua administração, porém permitiu criar novas fontes de arrecadação, uma vez que possibilitou a cobrança por prestações de serviços aos beneficiários dos outros subsistemas de saúde (obras sociais e pré-pagas).

Não aprofundaremos na questão da descentralização e formação do modelo de autogestão hospitalar, sob o risco de desviarmos no nosso objetivo. Interessa nos apontar que essa estratégia veio a atender os interesses ligados a redução dos gastos por parte da

---

<sup>434</sup> Uma boa literatura para a compreensão do processo de desregulação das Obras Sociais e dos entraves encontrados para a regulação da medicina pré-paga na Argentina é; MADIES, Cláudia.

**Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga.** 2000

<sup>435</sup> CROJETHOVIC, María; ARIOVICH, Ana. **La Autogestión Hospitalaria: Descentralización en el Contexto de los 90.** El Caso del Hospital Nacional professor Alejandro Posadas. Revista eletrônica do Instituto de Altos Estudos Sociais da Universidade Nacional Geral San Martin. Dossiê: Transformações na Argentina Contemporânea. Ano 2, nº 4, Buenos Aires, 2008. Disponível em:

<[http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04\\_2\\_Crotehovic\\_y\\_Ariovich.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Ariovich.pdf)>.

Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>436</sup> REPETTO, Fabián. **Descentralización de la Salud Publica en los Noventa: Una Reforma a Mitad de Camino.** Centro de Estudos para Desenvolvimento Institucional – Fundação Governo e Sociedade e Fundação Grupo Sophia. Disponível em:< <http://faculty.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>>.

Acesso em: 03 ago, 2016.

união,<sup>437</sup> deste modo o processo terminou por fortalecer a autonomia das províncias nas decisões sanitárias em suas jurisdições.<sup>438</sup> Por diversas vezes, a descentralização foi criticada e questionada pelas autoridades provinciais por não vir acompanhada dos recursos financeiros e técnicos necessários para a manutenção adequada da prestação dos serviços.<sup>439</sup> Ao final do governo Menem, apenas hospitais que exigiam um alto nível de especialização permaneciam sob a jurisdição federal, um total de cerca de 6,25% dos leitos, enquanto as províncias ofereciam 66,7% e os municípios 26,6% (vale destacar que boa parte desses estão na Cidade Autônoma de Buenos Aires que possui a maior capacidade de gestão desses recursos).<sup>440</sup>

Por fim, importa analisar como a ascensão do menemismo influenciou na atuação dos farmacêuticos. Sem dúvida, neste sentido a medida de maior impacto foi a edição do decreto nº 2.284/91, onde constam medidas que apontavam para a abertura de novas estratégias para o aumento de rentabilidade, mas que em sua maior parte atacavam os ganhos dos farmacêuticos. Ao término do menemismo todas essas medidas se configuraram como barreiras que dificultavam a atuação e colocavam em risco a rentabilidade do negócio farmacêutico.

Com o referido decreto temos o fim do controle de preços, a redução da proteção alfandegária e a simplificação da estrutura tributária, bem como os novos mecanismos que facilitaram os registros de produtos farmacêuticos estrangeiros no país. Esses dispositivos nos anos iniciais proporcionam uma abertura para novas estratégias que poderiam a vir proporcionar maiores margens de lucro, sobretudo quando analisado diante do cenário posto pela convertibilidade, que equiparou a moeda argentina ao dólar,

---

<sup>437</sup> REPETTO, Fabián. **Descentralización de la Salud Pública en los Noventa**: Una Reforma a Mitad de Camino. Centro de Estudios para Desarrollo Institucional – Fundação Governo e Sociedade e Fundação Grupo Sophia. Disponível em:< <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofia. **Coordinación y Integración**: El Desafío del Sistema de Salud Argentino. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Área de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

<sup>438</sup> MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofia. **Coordinación y Integración**: El Desafío del Sistema de Salud Argentino. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Área de Desarrollo Social. Documento de Trabajo nº 49, Ago, 2010.

<sup>439</sup> REPETTO, Fabián. **Descentralización de la Salud Pública en los Noventa**: Una Reforma a Mitad de Camino. Centro de Estudios para p Desarrollo Institucional – Fundação Governo e Sociedade e Fundação Grupo Sophia. Disponível em:< <http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

<sup>440</sup> Indico para conhecimento dos recursos empregados na saúde na Argentina: BIASOTO Jr, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; DAIN, Sulamis. (Org's). **Regulação do Setor de Saúde nas Américas**: As Relações Entre o Público e o Privado Numa Abordagem Sistêmica. Série Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: 2006.

favorecendo a importação direta de medicamentos, que também estava prevista no decreto de desregulação econômica. Porém, ao término da década de 1990, a ausência de regulamentações nos preços e o domínio exercido pelos laboratórios multinacionais provocam uma elevação dos preços e sugere um achatamento nas margens de lucro na ponta da cadeia, uma vez que, as vendas foram reduzindo em volume de unidades, mas as margens de lucros dos laboratórios permaneceram crescentes.<sup>441</sup>

Estritamente sobre a questão das farmácias, o decreto nº 2.284/91 promoveu a livre instalação de farmácias, prevista pelo artigo 13, além de enfraquecer os Colégios Farmacêuticos Provinciais, que dispunham de prerrogativas para outorgar as licenças de funcionamento das farmácias. Também levou ao aumento de farmácias em áreas de maior potencial de venda, reduzindo as possibilidades de ganho daqueles já instalados. Ao final da década de 1990, esse dispositivo legal permitiu a entrada das redes de farmácias que dispunham de maior capacidade para negociação com laboratórios e *droguerías*, além de maior poder de negociação com clientes institucionais (obras sociais principalmente) conseguindo ofertar medicamentos a preços mais baixos e estabelecer convênios que abarcavam um maior número de beneficiários.

Além disso, nos artigos 14 e 15 o decreto de desregulação econômica dispôs a liberação da venda de especialidades e medicamentos catalogados como venda livre (OTC), que passaram a possuir autorização para o comércio fora das farmácias. Tal medida atacou a rentabilidade das farmácias no segmento de produtos farmacêuticos que mais cresceu em vendas ao longo do período menemista. No caso argentino, esses produtos são especialmente importantes para os farmacêuticos, tanto por não haver descontos para beneficiários de obras sociais, quanto por serem produtos que ofereciam maiores volumes de venda. Conforme já vimos, em 2001 o comércio de medicamentos representava 26,5% das unidades produzidas e 10,49% da arrecadação.<sup>442</sup> A quebra do controle comercial desse tipo de medicamento reduziu a rentabilidade do negócio dos farmacêuticos e dificultou, na Argentina, a instalação de atenção farmacêutica segundo seus padrões mais modernos, uma vez que, em boa parte dessas vendas não havia um

---

<sup>441</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. p. 20.

<sup>442</sup> PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica**: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina. Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud. p. 28.

profissional farmacêutico capacitado para orientar a compra e prestar a devida instrução sobre o uso.

As tentativas de reformas no sistema de obras sociais tendem dificultar a vida dos farmacêuticos, pois com a concentração de capital no setor, essas organizações passaram a dispor de maior poder de negociação no fechamento de contratos exigindo maiores contrapartidas das farmácias comunitárias. Fato também agravado com a introdução das redes de farmácias que dispunham de maior capacidade de acordo.

Os acordos de reconhecimentos de patentes (ADPIC), firmados pela Argentina apontavam para mais uma perda de poder os farmacêuticos, pois esses acordos favoreciam aos laboratórios inovadores que, conforme já vimos, é característica restrita a um pequeno número de laboratórios de maior vulto. Além disso, o pagamento de licenças de produtos patenteados encarecia o custo de produção. Mesmo contando com o vencimento de diversas patentes, que incentivaram a criação de empresas especializadas na produção de genéricos onde a competitividade se dá via preço, o que se observou foi o aumento dos preços de medicamentos de modo geral. A concentração de capital experimentada pela indústria farmacêutica tende a aumentar o poder desse ator que se coloca na outra ponta da cadeia, no momento da compra no atacado. Sobretudo quando considerado o avanço dos laboratórios sobre a cadeia de distribuição de medicamentos, adquirindo importantes *droguerias*, esses atores passaram a dispor de maior capacidade de controle de preços, garantindo sua rentabilidade ainda que o volume de vendas experimente contrações, o que coloca as farmácias comunitárias em situação ainda mais delicada.

\*\*\*

Em suma, o menemismo pode ser tomado como expressão da aplicação do ideário neoliberal na Argentina que assumiu características ligadas ao aumento de poder do executivo, interferindo no legislativo e no judiciário para tocar sua reforma de Estado. Rompendo, também, com instituições nacionalistas e populares, das quais o peronismo era depositário, para a adesão às políticas colocadas pelos organismos multilaterais de gestão do capitalismo no contexto expansão da globalização e de introdução das políticas neoliberais na região.

As políticas menemistas foram marcadas pelo plano de convertibilidade, privatizações e abertura econômica, que causaram crises de desemprego e desindustrialização, puxada pelo fechamento de pequenas e médias indústrias. Na indústria de medicamentos, o menemismo acentuou a característica de concentração de

capitais do setor. A mudança no marco regulatório de patentes veio a se colocar como mais um elemento de peso nesse processo e a indústria farmacêutica argentina se viu ainda mais dependente dos laboratórios detentores de inovação. Na política de saúde, o menemismo se dedicou a simplificação da estrutura de fiscalização e controle do Estado, à descentralização de hospitais públicos e à desregulação das obras sociais. Foi caracterizado ainda, pelo significativo espaço conquistado pela iniciativa privada. Na atuação dos farmacêuticos, a medida de maior impacto foi o decreto 2.284/91, de desregulação econômica. A partir dessa normativa, o mercado de medicamentos foi equiparado aos demais mercados de produtos manufaturados, experimentando a abertura econômica, a eliminação dos controles de preços e a livre importação com redução de barreiras alfandegárias. Além disso, a livre instalação de farmácias e a liberação da venda de medicamentos de venda livre foram características singulares do menemismo.

Dada a dificuldade encontrada por Menem ao estabelecer os contornos que definiriam sua política, não diríamos que o menemismo começou no início de seu governo, mas sim no ano de 1991 quando Domingo Cavallo chega a pasta da economia e o programa neoliberal passa a ser implementado de forma vigorosa. Do mesmo modo, não acreditamos ser correto dizer o que menemismo teve fim ao término do mandato de Menem, uma vez que, a política econômica seguiu sem significativas alterações. Julgamos estar correto falar sobre o fim no menemismo no ano de 2002, com a chegada de Eduardo Duhalde à presidência, momento em que a lógica político-econômica implementada pelo menemismo é posta de lado para a construção de um modelo alternativo.

### **3.2. A Confederação Farmacêutica e a Desregulação; Relações Durante Experimento Neoliberal e sua Crise.**

Nesta seção, o objetivo é contextualizar os debates firmados pelos farmacêuticos durante o menemismo e a mudança de arranjo político que o sucedeu, observar o posicionamento desses profissionais frente a temas de relevância na agenda de saúde e de medicamentos, bem como sua relação com atores e programas importantes nesse contexto, de modo a captar seus posicionamentos e linhas de ação.

Desde o princípio, a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) protestou contra as medidas de desregulação econômica e estabeleceu campanhas para denunciar os perigos da venda de medicamentos fora das farmácias. Porém, sem condições de reverter o quadro, a organização adotou uma estratégia ligada ao fortalecimento dos

vínculos com demais atores da agenda de saúde e do mercado de medicamentos. Contudo, o traço mais significativo da reação da COFA está ligado à qualificação e a diferenciação da imagem do farmacêutico, buscando inseri-lo como um membro da equipe de saúde, auxiliando os pacientes a obter melhores resultados nos tratamentos farmacológicos e focando a atenção em suas novas necessidades. Assim, os farmacêuticos argentinos se integraram aos recentes debates sobre atenção farmacêutica.

Neste sentido, ao longo da década de 1990, foram realizados diversos eventos dedicados à formação profissional, ao papel do farmacêutico e ao desenvolvimento da atenção farmacêutica no país. Acredita-se que o conceito de Atenção Farmacêutica tenha chegado a Argentina em um desses eventos, o XII Congresso Farmacêutico Argentino promovido pela COFA, em Mar Del Plata no mês maio de 1994, durante a conferência "*Ejercicio profesional farmacéutico en el próximo siglo*" proferida por representantes da *Internacional Pharmaceutical Federation (FIP)*.<sup>443</sup> Em novembro do mesmo ano, a cidade de Buenos Aires recebe o XV Congresso Pan-americano de Farmácia e Bioquímica, onde o representante da FIP mencionou a conferência de Tóquio da OMS, ocasião em que foi produzido o documento FIP-OMS intitulado: *O papel do farmacêutico; serviços farmacêuticos de qualidade, benefícios para os governos e para o público*. A intervenção da COFA se baseou no incipiente conceito de Atenção Farmacêutica e a partir daí alguns colégios farmacêuticos provinciais iniciaram trabalhos de acompanhamento farmacoterapêuticos em pacientes, porém ainda sem o conceito de Atenção Farmacêutica conforme definido pela OMS.<sup>444</sup>

Em 1996, foram realizados em Buenos Aires o II Congresso Pan-Americano de Educação Farmacêutica e o VII Congresso da Organização de Farmacêuticos Ibero-Latino Americanos. Este último, permitiu o intercâmbio com farmacêuticos espanhóis para o avanço da atenção farmacêutica no país, a partir daí a atenção farmacêutica na Espanha passou a ser uma referência aos argentinos. Em 1997, foi realizado o primeiro curso de atenção farmacêutica na Argentina com a participação de renomados docentes

---

<sup>443</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010.; **Referencias** de la Atención Farmacéutica en la Argentina. Colégio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires: Disponível em: < <http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfca/Lists/Atencion%20Farmaceutica%20Noticias/DispForm.aspx?ID=7>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>444</sup> **Referencias** de la Atención Farmacéutica en la Argentina. Colégio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires: Disponível em: < <http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfca/Lists/Atencion%20Farmaceutica%20Noticias/DispForm.aspx?ID=7>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

na área, como Kathleen Johnson da *School of Pharmacy, University of Southern California*. Com isso, a atenção farmacêutica no país ganhou um novo impulso, entre os vários eventos realizados temos o VII Congresso Argentino de Medicamentos realizado, em 1998, sob o tema: “*el medicamento dentro de la nueva concepción de atención Farmacéutica*”, que proporcionou a troca de experiências com outros signatários FIP. Em consequência do episódio, foram realizados eventos em algumas províncias para debater o conceito de atenção farmacêutica e suas possibilidades de implantação no âmbito argentino e assim foi criado um projeto piloto para a experiência que vigorou entre 1999 e 2000.<sup>445</sup>

No ano 2000, o Colégio Farmacêutico de Córdoba firmou convênio com a Universidade de Granada e o Departamento de Farmácia da Universidade Nacional de Córdoba lança a “*Propuesta de cambio para la dispensación de Medicamentos en la Farmacia Comunitaria*”, propondo serviços de atenção farmacêutica com a finalidade de cooperar com a equipe de saúde para alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida dos pacientes. Na mesma ocasião Córdoba sediou as Primeiras Jornadas de Atención Farmacéutica que deram origem à Comissão Nacional de Atención Farmacéutica, encarregada de coordenar as atividades necessárias para a implementação da atenção farmacêutica e recomendações aos colégios provinciais para a criação de departamentos de atención farmacêutica.<sup>446</sup> Ainda no ano 2000, nasceram os departamentos de atención farmacêutica dos colégios farmacêuticos de Buenos Aires e Santa Fé.<sup>447</sup>

Como vimos, esse período foi marcado pelo aumento dos preços de medicamentos, evidenciando o fracasso da desregulação econômica nesse mercado, e pelo avanço dos laboratórios sobre a cadeia de distribuição de medicamentos, seja adquirindo importantes *droguerías* ou criando suas próprias distribuidoras. O período foi marcado também pela elevação tanto das vendas, quanto das margens de lucro, em medicamentos de venda livre. Combinados, esses elementos vão pressionar os

---

<sup>445</sup> **Referencias** de la Atención Farmacéutica en la Argentina. Colégio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires: Disponível em: <  
<http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfca/Lists/Atencion%20Farmaceutica%20Noticias/DispForm.aspx?ID=7>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>446</sup> GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010. p.10.

<sup>447</sup> **Referencias** de la Atención Farmacéutica en la Argentina. Colégio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires: Disponível em: <  
<http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfca/Lists/Atencion%20Farmaceutica%20Noticias/DispForm.aspx?ID=7>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

farmacêuticos a reduzirem suas margens de lucro estabelecendo descontos. Nesse cenário, chegam à Argentina as redes de farmácias, algumas delas de capital estrangeiro, empresas que devido seu porte e capacidade de compra, forçam as tradicionais farmácias comunitárias a reduzirem ainda mais suas margens de lucro.

Em entrevista ao *Correo Farmacéutico*, Mario Luis Castelli, presidente da COFA de 1988 até 1998, considera que os maiores ofensores do governo Menem aos farmacêuticos foram: a desregulação, a liberação de preços e de registro de produtos. Todas essas medidas estão, de alguma forma, ligadas ao decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica. Ainda segundo Castelli, nem os farmacêuticos nem seus dirigentes estavam preparados para essa realidade que se impôs, “*ya que veníamos de una actividad regulada de toda la vida*”. Castelli segue avaliando que situação forçou com que a instituição reunisse suas forças e estudasse a melhor forma de intervenção dentro da desregulação. Assim, teriam sido adotadas estratégias de mídia com campanhas na defesa da farmácia como um estabelecimento sanitário e buscado subsídios do Banco Mundial para treinamento de farmacêuticos para lidar com a AIDS. A COFA buscou também estabelecer boas relações com instituições representantes da equipe de saúde trabalhando em projetos comuns, estabelecendo convênios com PAMI e iniciado uma nova política com a indústria farmacêutica em relação a beneficiários de obras sociais criando um sistema de notas de créditos para conceder descontos aos beneficiários.<sup>448</sup>

Assim, a Confederação Farmacêutica Argentina chega ao início dos anos 2000 com a rentabilidade de seus principais representados, os farmacêuticos comunitários, em uma situação delicada. A tradicional farmácia comunitária argentina se via pressionada pelas redes de farmácias que competiam via preços, estabelecia uma relação conflituosa com as obras sociais, pois dependia desses convênios para garantir fluxo de capitais, porém perdia em rentabilidade a cada desconto emitido a um de seus afiliados. O mesmo acontecia com o PAMI, com o agravante de que essa “grande obra social do Estado” suspendia os pagamentos por falta de recursos. As relações de venda de medicamentos diretamente dos laboratórios, obras sociais e planos de saúde aos pacientes também contribuíam para a evasão na clientela das farmácias. No crescente segmento de medicamentos de venda livre, onde não haviam convênios para descontos de clientes institucionais (obras sociais, planos de saúde e PAMI), enfrentavam a concorrência com o chamado “Canal K” representado por supermercados e lojas de variedades, que na

---

<sup>448</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 62, dez. 2005. p. 17.

Argentina recebem o nome de *Kioscos*. A chegada de Ginés González García ao Ministério da Saúde em 10 de janeiro de 2002, portanto, durante o governo Eduardo Duhalde, representou uma mudança no quadro institucional que colocou a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) em uma nova posição na distribuição de poder entre os atores da agenda de medicamentos.

Nascido em 1945, na província de Buenos Aires, Ginés é médico sanitário de larga militância no movimento justicialista. Foi deputado nacional (1983 – 1988) e ministro da saúde da província de Buenos Aires (1988 – 1991), onde foi proponente da lei provincial nº 14.405, que regulou o mercado de medicamentos. Em 1991, foi criador da Fundação *Isalud*, uma das mais significativas instituições argentinas de pesquisa, docência, cooperação técnica e edições dedicadas à saúde, meio ambiente e políticas sociais.<sup>449</sup> Até 2002, esteve à frente da fundação, onde foi crítico do programa de desregulação no mercado de medicamentos desde o princípio.<sup>450</sup> Como dito, em 2002, foi nomeado para a pasta da saúde no governo de Eduardo Duhalde e foi ratificado por Néstor Kirchner no ano seguinte, permanecendo no cargo até dezembro de 2007.

No período em que esteve na condução do ministério, foi responsável pelo plano de emergência sanitária que instituiu o Programa Médico Obrigatório Emergencial (PMOE) estabelecendo novos requisitos mínimos de atendimento para obras sociais, incluindo o co-financiamento dos medicamentos éticos na ordem de 40%. Foi também um impulsionador da Política Nacional de Medicamentos, cujos eixos fundamentais foram: o programa de Remediar, voltado para acesso a medicamentos essenciais por meio de distribuição em postos públicos de atendimento à saúde e a lei nº 25.649/02, de genéricos, responsável por alçar os farmacêuticos a um novo patamar de poder dentro da agenda de comércio de medicamentos, uma vez que, apenas esses profissionais poderiam comercializar os genéricos e fazer a substituição do medicamento, que obrigatoriamente seria receitado por sua denominação comum internacional. Além disso, foi o impulsionador da revitalização do Conselho Federal de Saúde (CO.FE.SA.), promovendo

---

<sup>449</sup> Ginés González. Disponível em: <<http://www.farmacosmundi.org/farmamundi/notasprensa.php?opcion=noticias&noticia=313>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>450</sup> Ao longo desse trabalho citamos duas importantes obras de Ginés González García onde ele desenvolve uma análise crítica aos efeitos do decreto nº 2.284 no mercado de medicamentos, a saber: GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. **Remedios Políticos para los Medicamentos**. Buenos Aires: Fundación Isalud. 1994.; GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Economía Real. Fundación ISALUD. nº 13, 1999. Outras publicações estão disponíveis no site: <<http://www.isalud.edu.ar/publicaciones.php>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

encontros entre os diversos atores, nacionais e provinciais, relacionados a agenda de saúde que culminaram na Plano Federal de Saúde 2004 – 2007.

Sem dúvidas, o empenho dos farmacêuticos argentinos em reforçar a educação farmacêutica, o desenvolvimento de práticas relacionadas ao atendimento das novas necessidades dos pacientes e a otimização dos tratamentos farmacológicos, integrando-os à equipe de saúde e diferenciando-os dos demais fornecedores de medicamentos, foi fundamental. Porém, somente após a mudança no quadro institucional provocada pelo abandono das práticas desregulatórias do neoliberalismo e construção de um novo modelo, amparado no resgate do papel do Estado na mediação de conflitos e na condução de políticas sociais, é que os farmacêuticos encontraram ambiente favorável para levar adiante suas demandas. Durante essa mudança de paradigma alguns temas ganham destaque nos debates sobre políticas de saúde na Argentina, a saber: medicamentos genéricos, patentes, modelo de sistema de serviços de saúde descentralizado, políticas sociais voltadas para o acesso à saúde e, sobretudo no que tange à agenda de medicamentos, a desregulação econômica se apresenta como o maior alvo de debates e principal objeto de atenção dos farmacêuticos.

Segundo a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA), na década de 1990 a desregulação tentou convencer a população que poder adquirir um medicamento em uma pegue-pague ou uma loja de conveniência garantiria o acesso. Deste modo, tornou o medicamento uma mercadoria qualquer, incentivando a automedicação e o uso irracional desses produtos.<sup>451</sup> Entende ainda a COFA, que a desregulação, desacompanhada de um programa de genéricos inviabilizou a competição e elevou os preços, agravado pelo desfinanciamento das obras sociais, durante a queda da economia dificultou o acesso da população.<sup>452</sup> Após a aprovação da lei de genéricos, nº 25.649/02, e do decreto nº 987/03,<sup>453</sup> regulamentando o comércio de genéricos dispondo sobre a obrigatoriedade de credencial de identificação do profissional farmacêutico expedida pelo colégio provincial, reforçou o poder das instituições dos farmacêuticos, de distinção da categoria frente aos demais atores da agenda de medicamentos e inclusão dos mesmos na equipe de saúde. O apoio dos farmacêuticos aos genéricos foi imediato, a Confederação Farmacêutica

---

<sup>451</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p.11.

<sup>452</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 17.

<sup>453</sup> ARGENTINA. Decreto nº 987. De 28 de abril de 2003. **Especialidades Medicinales**. Disponível em:<<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/84522/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

Argentina divulgou, em outubro de 2003, o resultado de um estudo dando conta de que 92% dos farmacêuticos do país apoiavam o programa de genéricos.<sup>454</sup>

Ao final do segundo semestre de 2003, embora a Argentina apresentasse uma queda nas exportações de medicamentos, o mercado interno apresentou crescimento capaz de elevar as vendas em 35% em relação ao mesmo período no ano anterior. Segundo a COFA, consequência da estabilização dos preços e do programa de genéricos. Em relação ao primeiro trimestre do ano de 2003, as vendas cresciam em torno de 18%, a produção local 11% e a venda de medicamentos importados 41%.<sup>455</sup> A COFA se apoiou na lei de genéricos para afirmar o reconhecimento do Estado quanto ao papel do farmacêutico, pois segundo ela a lei estabelecia que a farmácia é o âmbito natural onde o farmacêutico exerce sua atividade, sendo o único profissional capacitado para orientar o paciente sobre as condições de administração do medicamento.<sup>456</sup> Seguiu defendendo a lei, alegando que ela estaria alinhada com os países mais avançados do mundo e afirmando que a prescrição de medicamento genérico por parte do médico, a substituição por parte do farmacêutico, formulários terapêuticos com base em princípios ativos e preços de referência, entre outras ferramentas, conduziram a Argentina inexoravelmente ao uso racional de medicamentos.<sup>457</sup>

A COFA incentivou o avanço do programa de genéricos buscando levar o farmacêutico ao centro da política de medicamentos. Para isso, além de divulgar a credencial farmacêutica disponibilizou um Guia de Boas Práticas de Dispensa e um Guia de Boas Práticas de Preparação de Medicamentos.<sup>458</sup> Em suma, viam no programa de genéricos uma oportunidade surgida da crise. Reposicionados no quadro de distribuição de poder entre os atores da agenda de saúde e com laços estreitados junto ao Ministério da Saúde, em 2004, os farmacêuticos realizaram junto ao órgão uma proposta de regulamentação da prestação de serviços em tratamentos de doenças crônicas,<sup>459</sup> vindo a lograr sua inclusão no cadastro de prestadores de serviços de saúde da Superintendência de Serviços de Saúde no ano seguinte.<sup>460</sup>

---

<sup>454</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 44.

<sup>455</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 54.

<sup>456</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 62, dez. 2005. p. 6.

<sup>457</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p.11.

<sup>458</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 28.

<sup>459</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 17.

<sup>460</sup> A prestação de serviços farmacêuticos foi regulamentada segundo as normas resolução nº 468/05 da Superintendência de Serviços de Saúde que estabeleceu requisitos necessários e posteriormente modificada pela resolução nº 94/06 para adequações à política de medicamentos do MERCOSUL onde criou-se um registro necessário para essa atuação profissional.

Nesse processo, os farmacêuticos estabeleceram ainda uma discussão sobre o acesso aos dados dos pacientes, questionaram a legalidade desse acesso pelos laboratórios, que se aproveitavam dos cadastros, aos quais tinham contato por meio dos convênios de descontos estabelecidos com farmácias e obras sociais, para promoções de venda direta aos pacientes. Os farmacêuticos se fizeram valer de seu, agora reconhecido, papel como prestador de serviços de saúde, para cobrar o cumprimento da legislação argentina, restringindo os dados dos pacientes aos membros da equipe de saúde.<sup>461</sup> Além disso, os farmacêuticos acusaram obras sociais do descumprimento da lei de genéricos, por não reconhecerem a substituição do medicamento receitado e a demora no pagamento dos produtos substituídos.<sup>462</sup>

Quanto a questão das alterações nas legislações sobre patentes, em virtude dos acordos sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual (ADPIC), a Confederação Farmacêutica Argentina inicialmente se limita a informar os passos dados no avanço dos projetos de lei.<sup>463</sup> Posteriormente, manifesta sua preocupação com pressões internacionais sobre o país quanto ao projeto de criação da Área de Livre Comércio da Américas (ALCA), que, segundo a instituição, buscava aprofundar a proteção dos direitos de propriedade intelectual além do disposto pela Organização Mundial do Comércio (OMC) com eliminação das salvaguardas contidas no ADPIC. A COFA acusa os defensores da criação da ALCA de serem porta-vozes de grandes multinacionais farmacêuticas que buscariam estabelecer um controle monopolístico sobre os medicamentos, impondo altos preços e impedindo a produção de genéricos.<sup>464</sup> Diante desse quadro a COFA realiza uma assembleia importante em 20 de novembro de 2003, onde, entre outros temas de relevância, aprovou a participação nas discussões sobre a lei de patentes no sentido de incluir a falsificação e tráfico de medicamentos dentro das penalidades previstas na norma. No tocante a matéria da propriedade intelectual, a COFA afirmava que “sem patentes não há genéricos”.<sup>465</sup>

Aprovada a legislação de patentes argentina nos moldes dos acordos estabelecidos pela OMC, o tema de patentes só voltou a entrar na pauta da COFA na ocasião do XVIII Congresso Farmacêutico Argentino realizado pela entidade em outubro de 2007, quando foi promovida uma conferência reunindo representantes das maiores câmaras da indústria

---

<sup>461</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p. 6.

<sup>462</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. P.4.

<sup>463</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 16.

<sup>464</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 63.

<sup>465</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 54.

farmacêutica (CILFA, CAEMe e COOPERALA), altos funcionários de organismos de governo argentino ligados ao ministério da saúde e vigilância sanitária, além de renomados acadêmicos no estudo das políticas públicas em saúde, com o objetivo de discutir a criação de mecanismos de rastreabilidade para o controle do comércio de medicamentos frente a eminência da regulação deste mercado.<sup>466</sup>

Sobre o sistema de saúde, a COFA não chega a construir uma proposta de modelo. No entanto, por vezes dá voz à críticos do modelo fragmentado adotado no país, o que nos leva a crer em uma maior afinidade dos farmacêuticos com um modelo de serviços de saúde unificado e universal. Esporadicamente o *Correo Farmacéutico* publica uma coluna denominada *Economía de la Salud*, onde desenvolve suas críticas ao sistema de saúde argentino. Na edição de outubro de 2006, a colunista Graciela Asorey, promove uma apresentação da estrutura de serviços e financiamento de saúde no país e conclui que *‘la gran fragmentación que caracteriza al sector y que lo convierte en un sistema “inequitativo y no solidario”*’.<sup>467</sup> Em 5 de junho de 2007, o Foro Argentino de Ética e Medicamentos ocorrido na Câmara de Deputados da Nação reuniu diversas autoridades, entidades relacionadas à temática, catedráticos e representantes da OMS. Nesta ocasião, Aldo Neri<sup>468</sup> critica práticas políticas de negociação de conflito na Argentina, que teriam favorecido laboratórios farmacêuticos ao não se regular o mercado de medicamentos quando se aprovou a legislação de genéricos e conclui afirmando que *“la altísima fragmentación del sistema de salud conspira contra una política racional de medicamentos”*.<sup>469</sup> Em agosto de 2009, o *Correo Farmacéutico* publicou entrevista com Daniel Maceira<sup>470</sup> onde afirmou que a fragmentação dilui o financiamento e coloca o sistema numa situação de vulnerabilidade frente à crises.<sup>471</sup>

---

<sup>466</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 72, jul, 2007. p. 14.

<sup>467</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, Out, 2006. p. 19.

<sup>468</sup> Aldo Neri é médico sanitário, foi professor da Universidade de Buenos Aires e consultor da ONU em países latino-americanos. Filiado à UCR, foi ministro da Saúde e Ação Social durante o governo de Raúl Alfonsín e deputado federal por dois mandatos. Fonte: **La cuestión social**, un desafío de la política de Aldo Neri. Disponível em: <<http://www.observatoriosocial.com.ar/es/novedades/282-la-cuestion-social-un-desafio-a-la-politica-de-aldo-neri>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>469</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 71, jun, 2007. p. 8.

<sup>470</sup> Daniel Maceira é formado em economia pela Boston University especializado em economia da saúde e organização industrial, investigador titular do Centro de Estudos do Estado e Sociedade (CEDES), diretor da área de política de saúde do Centro para Implementação de Políticas Públicas para a Igualdade e Crescimento (CIPPEC), investigador independente do Conselho Nacional de Investigações Científicas e Técnicas (CONICET) e professor da Universidade de Buenos Aires. Fonte: **Biografía**. Disponível em: <<http://www.danielmaceira.com.ar/biografia.php>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>471</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009. p. 14.

Além disso, a relação sempre conflituosa da COFA com as obras sociais aponta que a existência de um sistema público que incorporasse todos esses organismos facilitaria negociação de conflitos e reduziria as assimetrias nas prestações de serviços farmacêuticos. Não bastasse as acusações de dificultar o pagamento por fornecimento de medicamentos genéricos, conforme já apresentado, por diversas vezes as obras sociais são tomadas como ofensoras à rentabilidade do negócio farmacêutico devido ao elevado percentual de descontos dados aos seus clientes e demora nos repasses de pagamentos.<sup>472</sup> A COFA fazia a leitura que diante da desregulação e do sistema de descontos firmados ao longo da década de 1990 entre farmácias, laboratórios e prestadores de serviços de saúde (PAMI, obras sociais e pré-pagas), esses últimos acabaram se convertendo em fixadores de preços.<sup>473</sup> Os farmacêuticos argentinos acusavam as obras sociais e pré-pagas de restringirem o acesso de seus afiliados aos medicamentos e serviços farmacêuticos contratando reduzidas prestações farmacêuticas ao firmarem convênios com um pequeno número de farmácias. Reiteradas vezes defenderam a alteração nas normas para que os convênios passassem a ser firmados não mais junto às farmácias e sim junto a COFA, para que, automaticamente, todas as farmácias estivessem inclusas e que permitisse aos usuários eleger aquela que melhor lhe adequasse.<sup>474</sup> Essa contratação insuficiente de farmácias foi tema de encontros da COFA com representantes da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) e Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) entre 2006 e 2008.<sup>475</sup>

Obras sociais e pré-pagas eram acusadas de negligenciar o papel do farmacêutico adotando mecanismos de venda direta com entrega de medicamentos por via postal, que impedia o controle de qualidade e origem.<sup>476</sup> Tal fato, levou às reuniões da COFA com autoridades da SSS e da ANMAT para revisão das normas a fim de evitar tal prática.<sup>477</sup> Diante do quadro, a COFA desenvolveu campanhas de *marketing* ressaltando a garantia

---

<sup>472</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 40.; Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p.8.; Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 62, dez. 2005. p.14.; Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p.8.;

<sup>473</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p.8.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p.4.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p.4.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p.9.

<sup>474</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 11.

<sup>475</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p.1.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 81, jun, 2008. p.14.

<sup>476</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p.6.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p.9.

<sup>477</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 66, nov/dez, 2006. p.28.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p.26.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008. p.18.

de qualidade e origem dos medicamentos adquiridos em farmácias. Chegou ainda a acusar obras sociais de fazerem parte de redes de falsificação de medicamentos e vinculações com tráfico de drogas, após um triplo assassinato ocorrido em 2008 envolvendo empresários da indústria farmacêutica vinculados a obras sociais e pré-pagas.<sup>478</sup>

Quanto às políticas sociais voltadas para o acesso à saúde, no período que vai do menemismo até os governos Kirchners, os programas de maior relevância são o Programa Médico Obrigatório (PMO)<sup>479</sup> e o Remediar. Conforme já apresentado, o PMO serviu para estabelecer requisitos mínimos para o funcionamento dos agentes de seguro saúde segundo determinou o decreto nº 492/95. Em 2002, o Programa Médico de Emergência (PMOE), definido pela resolução 201/02 do Ministério da Saúde de Ginés González García, elevou o nível das prestações básicas e introduziu o mecanismo do co-financiamento dos medicamentos para os afiliados dos agentes de serviços de saúde em 40%. Já o Programa Remediar, lançado no mesmo pacote de medidas do PMOE, estava imerso na chamada Política Nacional de Medicamentos do ministro. Definido pelo decreto nº 486/02, tal programa previa a distribuição gratuita de medicamentos nos Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS), equivalentes dos postos de saúde brasileiros. Os medicamentos eram adquiridos pelo Ministério da Saúde em laboratórios públicos e privados. Com a recuperação da economia e das condições de saúde no país, o número de medicamentos fornecidos foi, por diversas, vezes ampliado.<sup>480</sup>

---

<sup>478</sup> Correo Farmacéutico. Año XVII, nº 84, set, 2008. p.4.

<sup>479</sup> Para uma boa compreensão do Programa Médico Obrigatório e suas modificações até o início do governo Kirchner recomendamos a leitura de **Honorable Cámara** de Diputados de la Nación; Secretaria Parlamentaria; Dirección de Información Parlamentaria. Reseña de Legislación; Programa Médico Obligatorio; Legislación Nacional Vigente. Disponível em:<<http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/RL.109.05.00-1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>480</sup> Para informações sobre o programa Remediar, origem de fundos, evolução no número de medicamentos distribuídos, dados acesso a medicamentos e experiências realizadas no âmbito do programa, ver: TOBAR, Frederico. **Políticas para promoción del acceso a medicamentos**: El caso del Programa Remediar de Argentina. Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Divisão de Programas Sociais. Washington: Jan, 2004. Disponível em:<<https://publications.iadb.org/handle/11319/5261?locale-attribute=en>>. Acesso em: 04 ago, 2016. ; POLITI, Pedro M. **Plan Remediar**. Buenos Aires. Fev, 2005. Disponível em:<<http://www.cancerteam.com.ar/poli145.html>>. Acesso em: 03 ago, 2016.; VENTURA, Graciela; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez; MONSALVO, Maurico. **El Programa Remediar**: Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS. Ministério de Salud. Buenos Aires: 2006. Disponível em:<[http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar\\_07s.pdf](http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.; **La Atención** Primaria de la Salud y el Programa Remediar; Libro de Relatos. Disponível em:<[http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos\\_baja.pdf](http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos_baja.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016. Além disso, temos uma vasta bibliografia e boletins disponibilizados no endereço eletrônico <<http://www.remediar.msal.gov.ar/index.php/modulos-para-medicos?view=featured>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

Na literatura produzida pela Confederação Farmacêutica Argentina, quase não se encontram menções ao PMO, nem mesmo ao co-financiamento de medicamentos estipulado pelo PMOE. Possivelmente, porque o PMO não levava impactos diretos ao negócio farmacêutico, devido a prática de descontos aos clientes afiliados a obras sociais e pré-pagas já existirem antes do co-financiamento estipulado pelo PMOE. No início 2004, o Ministério da Saúde argentino aumentou o percentual do co-financiamento para 70% nos tratamentos farmacoterapêuticos de doenças crônicas como hipertensão, asma, epilepsia e depressão. O *Correo Farmacéutico* se limitou a expor os fatos, levando informações sobre entrevista com o superintendente de serviços de saúde, sem publicizar uma opinião ou crítica.<sup>481</sup> Possivelmente, a ausência da afirmação de uma postura nesse debate se deve a uma árdua discussão travada pela COFA quanto a manutenção ou não da política de concessão de descontos aos afiliados de obras sociais e pré-pagas.

A mudança no quadro institucional que levou a nova postura dos farmacêuticos, incidiu de forma direta sobre a questão referente aos acordos entre farmacêuticos, agentes de serviços de saúde e indústria farmacêutica. Na assembleia geral da Confederação Farmacêutica, de novembro de 2003, ficou definido que a entidade buscaria novos acordos em matéria de preços, prazos e descontos junto aos produtores e obras sociais, além da negociação dos pagamentos em atraso.<sup>482</sup> Na edição de julho/agosto de 2004, do *Correo Farmacéutico* comemora mais dois acordos de descontos firmados entre a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) e a indústria, um deles envolvendo também a Federação Argentina de Câmaras de Farmácia (FACAF).<sup>483</sup>

Já em dezembro de 2005, a entidade muda a postura e publica um artigo do farmacêutico Oscar Oviedo intitulado “*Descuentos: un camino a la autodestrucción*”. No texto, o farmacêutico defende que a busca por acordos de descontos e a competição por preços é uma confusão ideológica criada e estimulada pela indústria. Pois, sendo o medicamento um bem social, argumentava o articulista, é tarefa do Estado estabelecer uma regulação sobre os preços. Ainda segundo Oviedo, essa tendência de competição por preços é fruto do decreto nº 2.284/91, que eliminou o controle de preços dos medicamentos, onde a indústria paulatinamente elevou os preços e a farmácia teve de

---

<sup>481</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 48.

<sup>482</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 54.

<sup>483</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004.

aderir a essa política para manter o fluxo de vendas. Porém, segue o articulista, a farmácia não deve ser a variável de ajuste no estabelecimento de preços.<sup>484</sup>

A partir daí a confederação muda sua postura quanto aos benefícios da política de descontos. No editorial da edição de maio de 2006, a competição por preços e a política de descontos são tratadas como algo que contribuiu para a precarização da farmácia na década de 1990, juntamente com a abertura de canais alternativos para venda de medicamentos.<sup>485</sup> Em setembro do mesmo ano, o editorial do *Correo Farmacéutico* fez uma análise do desenvolvimento da política de descontos atribuindo a iniciativa à indústria, que durante a crise teria proposto o sistema de descontos para beneficiários PAMI que depois foi estendido a obras sociais, pré-pagas e outros compradores corporativos. Tal estratégia, segundo a COFA, levou a queda do volume de capital e da rentabilidade da farmácia que a essa altura já disputava mercado com grandes cadeias de farmácias de origem internacional com maior poder de barganha junto aos produtores.<sup>486</sup> Pouco tempo depois, a discussão avança e o editorial do periódico em fevereiro de 2007 condena os descontos, defende que o farmacêutico deve valorizar seus honorários e investir no atendimento aos clientes, noticia ainda a busca de uma renegociação dos acordos estabelecidos junto ao PAMI.<sup>487</sup> Por fim, no balanço de gestão da presidência da COFA pelo farmacêutico Carlos Alberto Fernández, no ano de 2007, um dos méritos mencionados foi a redução dos descontos nos acordos firmados junto ao PAMI e a cobrança da dívida referente ao ano de 2005, além da redução do tempo de emissão das notas de crédito junto às obras sociais.<sup>488</sup>

Sendo assim, acreditamos que a ausência de debates sobre as regras impostas pelo PMO e a obrigatoriedade do co-financiamento estipulado pelo PMOE não ganharam destaque, pois os farmacêuticos argentinos já estavam imersos em diversos acordos de descontos que atingiam níveis bem próximos, ou superiores, aos 40% definidos pela norma. Além disso, a mudança da posição dos farmacêuticos no quadro de distribuição de poder na agenda da saúde e do mercado de medicamentos, aliada ao avanço da atenção farmacêutica, levou aos farmacêuticos argentinos a traçarem uma estratégia ligada a valorização profissional e a garantia de procedência do medicamento, demandando a regulação do Estado no estabelecimento dos preços.

---

<sup>484</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 62, dez. 2005. p.14.

<sup>485</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 63, mai, 2006. P.1.

<sup>486</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p. 4.

<sup>487</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 67, fev, 2007. p. 4.

<sup>488</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 8.

Sobre o programa Remediar, a crítica da COFA se restringiu a ausência do farmacêutico durante a distribuição dos medicamentos nos postos de atendimento à saúde. Embora sua maioria de afiliados sejam de farmacêuticos comunitários, a representação da entidade sobre farmacêuticos hospitalares constrangeu a COFA de promover uma crítica à distribuição de medicamentos fora das farmácias no âmbito do programa. Assim, logo no início do programa, a crítica da COFA esteve relacionada a permissividade argentina quanto a presença de medicamentos. Argumentavam que, ao longo da década de 1990, a sociedade argentina permitiu que medicamentos fossem encontrados em qualquer lugar e que o Estado ignorava o farmacêutico ao criar um programa de distribuição de medicamentos sem sua presença. Tal situação foi motivo de reclamação durante um almoço oferecido ao Ministro da Saúde Ginés González García na sede da COFA, em 06 de agosto de 2003, oportunidade em que reivindicou a inclusão das farmácias no programa.<sup>489</sup>

A reclamação da ausência do farmacêutico nesse programa seguiu por mais algumas edições até que o presidente da COFA, Carlos Alberto Fernández publica um texto no periódico da entidade condenando o acesso a medicamentos fora das farmácias, inclusive por meio do programa Remediar, pois esses medicamentos não seriam controlados e nem dispensados por farmacêuticos. Afirmava ainda, que a única forma segura de utilização de medicamentos é com o assessoramento de um médico e um farmacêutico.<sup>490</sup> Durante o XVII Congresso Farmacêutico Argentino, promovido pela COFA em outubro de 2006, na explanação dos deputados Dr. Juan Sylvestre Begnis e Fabiana Ríos, a falta do farmacêutico no programa Remediar foi tratada como uma grave ilegalidade.<sup>491</sup> Embora tenha promovido duras críticas ao programa, a COFA buscou manter o diálogo com seus gestores convidando-os para eventos e dividindo espaços.<sup>492</sup>

Posteriormente, o tema voltou à pauta durante uma reunião com a Ministra da Saúde Graciela Ocaña, que sucedeu Ginés García. Ao término do encontro a ministra solicitou mais informações e falou sobre uma reavaliação do programa Remediar e a

---

<sup>489</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 34.

<sup>490</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 67, fev, 2007. p. 6.

<sup>491</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 14.

<sup>492</sup> Nesse sentido julgamos importante a participação da Dra. Susana Elordi (coordinadora del Programa Remediar) em mesa conjunta com a COFA no Encontro das Comissões Técnicas Permanentes da Organização Ibero Americana de Seguridad Social e na *Jornada de Innovaciones en la Gestión Sanitaria, Clínica y Farmacéutica* promovida pela Novartis da Argentina reunindo a COFA, COMRA, SSS e gestores do Remediar. Fontes: Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 16.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 19.

intenção de introduzir a farmácia e o farmacêutico.<sup>493</sup> Pouco tempo depois, a ministra deixou o cargo e foi taxada como negligente pela COFA. Em seu lugar assumiu Juan Manzur, que voltou a ser interpelado pela reivindicação, porém no contexto o ministro anunciava o reforço do programa e respaldava a iniciativa parlamentar para regular a venda de medicamentos, restringindo seu comércio às farmácias, tema mais caro aos farmacêuticos argentinos. Diante disso, o ministro encontrou forte apoio da COFA.<sup>494</sup>

### **3.3. O Decreto de Desregulação: Coalizões para sua Revisão.**

Aqui veremos como se desenrolaram as alianças firmadas pelos farmacêuticos na busca pela revogação do decreto de desregulação econômica no âmbito do mercado de medicamentos. Analisaremos quais atores se colocaram como aliados, quais foram aqueles recrutados ou convencidos ao longo do processo de discussão e quais os opositores. Avaliaremos também como se deu a relação com esses atores e qual o papel desempenhado por eles na construção desses debates.

Desde o princípio da década de 1990, a maior reivindicação da COFA foi a revogação do decreto nº 2.284/91, para o mercado de medicamentos. Cabe aqui lembrar, que o referido decreto buscou afiançar e aprofundar a liberdade econômica e a reforma do Estado, desregulou diversos mercados e simplificou o sistema tributário sob a justificativa de evitar distorções no sistema de preços, assegurar a justa distribuição da renda e facilitar o comércio interno e externo. Seu objetivo era estabilizar os preços e provocar sua redução, por meio da ampla concorrência, eliminando regulações estatais e monopólios legais. No mercado de medicamentos eliminou a fixação de preços e barreiras de registros de medicamentos importados, permitiu a importação direta e a livre instalação de farmácias por qualquer pessoa física ou jurídica e sem restrição de local, além de liberar o comércio de produtos de venda livre (OTC) fora do ambiente farmacêutico. Como já vimos, ao longo da década de 1990, as redes de farmácias tomaram um posto de destaque no mercado de medicamentos, os produtos de venda livre foram os que mais aumentaram tanto em volume de vendas quanto em rentabilidade, além disso, por características próprias do mercado de medicamentos (que permitia o comércio fora das farmácias) e do sistema de saúde argentino (que garantia cobertura integral apenas àqueles com emprego formal), eram produtos de maior margem de lucros no negócio

---

<sup>493</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 4.

<sup>494</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 92, jul, 2009. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 10.

farmacêutico. Neste sentido, a COFA reivindicava a revogação do decreto para o mercado de medicamentos onde a recuperação do monopólio dos medicamentos de venda livre era o objetivo central, mas também eliminando a venda direta de laboratórios e agentes de serviços de saúde aos pacientes, retomando a regulação dos preços por parte do Estado e recuperando a regulação sobre a concessão de abertura de farmácias.

A desregulação econômica para o mercado de medicamentos na Argentina vigorou com a edição do decreto nº 2.284 em 1991, que só veio a ser revisto, para o mercado de medicamentos, em 17 de dezembro de 2009, com a lei nº 26.567.<sup>495</sup> Sabemos também que ao longo da década de 1990, a COFA encontrou um cenário adverso e não conseguiu reunir forças para que a proposta de revisão fosse levada à frente. Após a chegada de Ginés Gonzáles García ao Ministério da Saúde uma nova conjuntura se abre e os farmacêuticos passam, paulatinamente, a dispor de maior poder. Para dar novo impulso às suas demandas encontram apoio em diversas instituições, do mesmo modo outras se levantaram contra as propostas. Nas linhas que seguirão classificaremos os principais atores da agenda em aliados permanentes, aqueles que desde a mudança no quadro institucional se manifestaram favoráveis a regulamentação do comércio de medicamentos; aliados eventuais, aqueles que foram incorporando seu apoio ao longo do processo; e os opositores, aqueles que atuaram de modo a protelar ou impedir a revogação do decreto de desregulação econômica.

Especificamente no caso da proposta de revisão da desregulação econômica no mercado de medicamentos, a COFA encontrou apoio no Ministério da Saúde e alguns importantes organismos de governo como a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) e seu subordinado o Instituto Nacional de Medicamentos (INAME),<sup>496</sup> que são aliados permanentes. Ao longo do processo de reversão do decreto outros aliados eventuais vão se somando à coalizão, entre eles podemos citar as *droguerías*, alguns laboratórios, catedráticos ligados às políticas de

---

<sup>495</sup> ARGENTINA. Lei nº 26.567, de 17 de dezembro de 2009. **Medicamentos**. Modifícase la Ley Nº 17.565 que regula el ejercicio de la actividad farmacéutica. Deróganse los artículos 14 y 15 del Decreto Nº 2284/91. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/161721/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>496</sup> Subordinado a ANMAT o INAME tem como missão a fiscalização e controle de medicamentos, produtos de diagnóstico da medicina humana e cosméticos, sejam eles nacionais ou importados. Também exerce a fiscalização em estabelecimentos que realizam atividade de elaboração, importação e distribuição desses produtos. Além disso, o INAME elabora estudos e propõe normas e legislações para o desenvolvimento de novos produtos de modo a garantir os requisitos necessários a aprovação de sua produção e comercialização no país. Fonte: Instituto Nacional de Medicamentos (INAME). Disponível em: <<http://www.sgp.gob.ar/contenidos/inap/submenu/documentos/docs/Iname.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

saúde e comércio de medicamentos, instituições de pesquisa como a fundação ISALUD,<sup>497</sup> instituições de representação de outros grupos da equipe de saúde como a Confederação Médica Argentina (COMRA), Confederação Odontológica da República Argentina (CORA), Confederação Unificada de Bioquímicos (CUBRA), Confederação de Clínicas e Sanatórios (CONFECCLISA), entre outras. Além disso, devemos citar a presença esporádica da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), que presta seu apoio se solidarizando com as críticas da COFA quanto aos desvios realizados por obras sociais e pré-pagas, além das demais instituições de representação dos farmacêuticos como a Federação de Câmaras farmacêuticas (FACAF) e a Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA).

Os principais opositores à regulação do comércio de medicamentos são as entidades representativas do comércio varejista e de medicamentos de venda livre. A União de *Kiosqueros* da República Argentina (UKRA), fundada em 1940, representa uma rede de estabelecimentos de consumo de massa ligados à venda de variedades. São lojas de conveniências que comercializavam desde cigarro, balas e doces, até medicamentos. Mesmo filiada à diversas instituições como a Confederação Geral Econômica (CGE) e a Câmara Argentina de Comércio (CAC), não exhibe o nível de organização observado na COFA com boletins, publicações periódicas, congressos regulares e departamentos ligados a pesquisa.<sup>498</sup> Já a Câmara Argentina de Produtores de Especialidades Medicinais de Venda Livre (CAMPEVeL),<sup>499</sup> representa empresas nacionais e multinacionais que participam do mercado argentino de medicamentos de venda livre. Embora opositora à proposta de regulamentação do mercado, a CAMPEVeL estabelece uma respeitosa relação com a COFA e mantém diálogo aberto com os demais atores no debate sobre a questão.

---

<sup>497</sup> Fundado por Ginés González García e outros profissionais de saúde que se reuniam ao final da década de 1980 na ocasião em que Ginés era ministro da saúde da província de Buenos Aires a Fundação Instituto da Saúde, Meio Ambiente, Economia e Sociedade (Fundação ISALUD) iniciou suas atividades em outubro de 1991, portanto logo após a desregulação econômica, trabalhou na realização de atividades de cooperação técnica e assessoramento de diversos organismos governamentais e não-governamentais, públicas e privadas, executou projetos, realizou congressos e criou um centro de documentação. Em 1998 a fundação foi reconhecida pelo Ministério da Educação da Nação como instituição universitária. Ainda hoje cumpre importante papel nos debates sobre políticas de saúde na Argentina promovendo eventos, produzindo estudos e realizando publicações. Fonte: <<http://www.isalud.edu.ar/historia.php>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>498</sup> **Unión** de Kiosqueros de la Republica Argentina. Disponível em:<<http://www.ukraweb.org.ar/gesukra.html>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>499</sup> **Cámara** Argentina de Productores de Especialidades Medicinales de Venta Libre. Disponível em:<[http://www.capemvel.org.ar/cms/?page\\_id=49](http://www.capemvel.org.ar/cms/?page_id=49)>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

Para levar a diante a demanda pela regulamentação do mercado de medicamentos, com restrição da venda desses produtos apenas às farmácias, além do reforço da estrutura da própria COFA integrando colégios farmacêuticos<sup>500</sup> ou criando-os onde não havia, houveram ao menos cinco campos importantes de intervenção, a saber: o reforço da atenção farmacêutica e da qualificação profissional; a publicidade em veículos de informação de grande circulação no país e denúncias dos riscos do acesso a medicamentos fora das farmácias; a busca por legislações provinciais para regular o mercado de medicamentos, ampliar a área de atuação do farmacêutico e de suas instituições; alianças com demais membros da equipe de saúde, do mercado de medicamentos e com organismos de governo e, por fim, a formação de uma frente parlamentar alinhada com as demandas dos farmacêuticos. A seguir veremos como foi desenvolvida a atuação em cada uma dessas frentes.

A fim de tornar o farmacêutico apto a integrar a equipe de saúde e cumprir um papel reconhecido e destacado nos tratamentos farmacológicos, a COFA investiu muito no esclarecimento dos padrões de atenção farmacêutica publicando diversas colunas e reportagens sobre o tema. Após a lei de genéricos, o *Correo Farmacéutico* passa a trazer diversas instruções sobre intervenções farmacoterapêuticas em segmentos específicos como geriátricos, pediátricos, gestantes, portadores de doenças crônicas, entre outros. Inicia também campanhas contra o tabagismo e programas de educação continuada relacionados a atenção farmacêutica.<sup>501</sup> Criou um regulamento para a certificação de farmacêuticos garantindo a posse de conhecimentos adequados, habilidades e atitudes próprias da profissão, bem como condições éticas e morais a fim de cumprir o disposto pelas normas previstas na legislação de genéricos.<sup>502</sup> No início de 2004, reestruturou o Observatório de Saúde: Medicamentos e Sociedade, um organismo voltado para o desenvolvimento de pesquisas e relatórios sobre temas pertinentes aos farmacêuticos como lançamento de novas drogas e medicamentos, informações sobre acordos com PAMI e obras sociais, informes do mercado de medicamentos, preparação de eventos e debates internos.<sup>503</sup> Não obstante o pequeno poder de arregimentação da COFA frente a seus afiliados, ainda no início de 2004, a entidade estabelece a norma 04/04 que recomenda a vacinação nas farmácias como forma de aprofundar os serviços de atenção

---

<sup>500</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 24.

<sup>501</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003.; *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 42.; *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 6.

<sup>502</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 48.

<sup>503</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 52.

farmacêutica.<sup>504</sup> Em 2006, a COFA firmou convênio com a Organização Pan-americana de Saúde para um programa conjunto de aplicação da atenção farmacêutica. Na ocasião o consultor da instituição internacional fez coro à demanda dos farmacêuticos argentinos afirmando que para o bem da saúde da população os medicamentos deveriam ser dispensados apenas em farmácias.<sup>505</sup>

Aprofundam os debates sobre a atenção farmacêutica, defendendo que se trata de um serviço imprescindível de intermediação entre médicos, pacientes e o sistema de saúde capaz de racionalizar o uso de medicamentos, argumentavam que tal serviço deveria ser remunerado pelos abonados e seus familiares. No tocante aos acompanhamentos de farmacoterapia e controle de doenças crônicas, segundo a COFA, os interessados seriam os seguros de saúde e mutuais. Defende ainda que os pagamentos deveriam ocorrer na forma de honorários ou consultas.<sup>506</sup> Em abril de 2006, a COFA realizou evento de lançamento de sua campanha pela vacinação antigripal em todas suas farmácias, onde foi registrada a presença do interventor da ANMAT, Manoel Limeres.<sup>507</sup> Em 2008, o Colégio Farmacêutico de La Rioja realizou convênio com uma obra social para aplicação de tal vacina em seus afiliados.<sup>508</sup> Com *know How* ampliado e relações mais sólidas com outras entidades de representação de farmacêuticos e com os organismos de governo, no início de 2009, disputam a primeira licitação do PAMI para vacina antigripal, que incluía além da compra e distribuição, também a categoria de aplicação. Na disputa por essa última categoria apenas o consórcio formado pelas três câmaras de representação de farmacêuticos a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA), Federação Argentina de Câmaras de Farmácias (FACAF) e a Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA). Tal situação foi comemorada pelos dirigentes da COFA como um passo importante para recuperar o “território perdido” e mais uma etapa no reconhecimento de seu papel com uma rede de serviços sanitários.<sup>509</sup> A avaliação positiva da vacinação em farmácias gabaritou a COFA a propor novas campanhas para o

---

<sup>504</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 8.

<sup>505</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 20.

<sup>506</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 11.

<sup>507</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 20.

<sup>508</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 85, out, 2008. p. 30.

<sup>509</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 87, jan/fev, 2009. p. 4.

combate à epidemia de dengue e Influenza A<sup>510</sup> e também incentivou a criação de um curso de capacitação sobre campanhas de vacinação.<sup>511</sup>

Além disso, tanto a COFA como seus colégios farmacêuticos provinciais passaram a integrar e promover diversos eventos de debate e capacitação, como a XII Reunião Anual do *Drug Utilizacion Research Group* - Latino Americano (DURG-LA), XV Reunião Anual do Grupo Argentino para o Uso Racional de Medicamentos (GAPURMED),<sup>512</sup> 66º Congresso de Farmácia e Ciências Farmacêuticas organizado pela Federação Internacional Farmacêutica (FIP), que teve o papel do farmacêutico na farmacovigilância como tema;<sup>513</sup> VII Congresso Argentino de Farmácia Hospitalar;<sup>514</sup> o Congresso Mundial de Farmácia y Ciências Farmacêuticas, ocorrido junto ao 67º Congresso Mundial da FIP em Beijing no ano de 2007.<sup>515</sup> Em 2008, o Simpósio de Medicamentos sem Controle Médico, tratou da banalização e dos riscos dos medicamentos de venda livre reunindo médicos e farmacêuticos,<sup>516</sup> entre outros eventos. Dentre esses eventos, merece a atenção o XVII Congresso Farmacêutico Argentino realizado em outubro de 2006, na província de Córdoba, que contou com a presença de Linda Strand, da universidade de Minnesota, e Enrique Hours Perés, do Colégio Farmacêutico de Madri, em conferência sobre a atenção farmacêutica e a regulação na circulação de medicamentos.<sup>517</sup> Em abril de 2007, a COFA fecha um importante convênio com a Fundação ISALUD de modo a fornecer cursos de pós-graduação a seus afiliados.<sup>518</sup> No mês de agosto, um novo acordo foi firmado com a Cruz Vermelha para capacitação em primeiros socorros e reanimação cardiopulmonar.<sup>519</sup> Em abril de 2008, a COFA criou o sistema Interdrugs, disponibilizado *on-line* para todas as farmácias afiliadas, o sistema avaliava interações entre drogas.<sup>520</sup> Em agosto, foi lançado um curso à distância para farmacêuticos sobre tratamento e acompanhamento farmacológico em pacientes com

---

<sup>510</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 8.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, Nov, 2009. p. 10.

<sup>511</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 91, jun, 2009. p. 7.

<sup>512</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006. p. 42.

<sup>513</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 27.

<sup>514</sup> Evento organizado pela Associação Argentina de Farmacêuticos de Hospital (AAFH), mais uma das instituições que se aproximam da COFA ao longo dos debates sobre regulamentação do comércio de medicamentos. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 26.

<sup>515</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 74, set, 2007. p. 24.

<sup>516</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 82, Jul, 2008. p. 18.

<sup>517</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 38.

<sup>518</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 10.

<sup>519</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 12.

<sup>520</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 79, abr, 2008. p. 8.

diabetes e firmado um convênio para financiamento de medicamentos para beneficiários PAMI.<sup>521</sup> Além disso, foram lançados vários programas de qualificação, prêmios de estímulo a investigação, tanto pela COFA quanto pelos colégios provinciais,<sup>522</sup> e firmadas parcerias com universidades argentinas para criação de departamentos de atenção farmacêutica.<sup>523</sup>

No combate à desregulação do mercado de medicamentos, a COFA usou de todos seus meios de comunicação para denunciar os riscos da aquisição de medicamentos fora das farmácias e os perigos do uso de medicamentos ilegítimos,<sup>524</sup> denunciou casos de medicamentos falsificados, questionou a venda direta por parte de laboratórios e obras sociais, sendo essas últimas algumas vezes acusadas de adquirir medicamentos no mercado negro incentivado pelo “vazio legal” criado na desregulação econômica.<sup>525</sup> Com a abertura de possibilidades de revisão da desregulação, a COFA sentiu a necessidade de estabelecer novos mecanismos de diálogo com a sociedade. Desse modo, passou a comprar um horário na TV à cabo para exibição do programa chamado *Correo Farmacéutico TV*, que em trinta minutos exibia notícias de caráter institucional, legislativo e gremial ou educação aos pacientes.<sup>526</sup>

Também extrapola o alcance de seus veículos de comunicação difundindo suas informações por meio de notas pagas no diário de maior circulação no país, o jornal Clarín. Assim expunha sua proposta, fazia denúncias sobre vítimas de casos de medicamentos falsificados e reforçava a garantia de procedência dos medicamentos adquiridos nas farmácias. As notas publicadas eram reproduzidas no *Correo Farmacéutico*, assim como as notícias relacionadas às demandas dos farmacêuticos. Desse modo, podemos constatar o explícito apoio do ministro da saúde Ginés González García à regulação do mercado de medicamentos, conforme entrevista publicada pelo

---

<sup>521</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008. p. 22-28.

<sup>522</sup> A edição de julho de 2009 traz chamadas para o 1º prêmio de estímulo a pesquisa em preparações de medicamentos organizada pelo Colégio Farmacéutico de Buenos Aires, chamada para nova turma de pós-graduação em Auditoria e Gestão Farmacêutica promovida mediante o convênio COFA/ISALUD, para o Curso de *Marketing* para Profissionais de Saúde e para o Prêmio Farmacéutico do ano, ambos promovidos pela COFA. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 92, jul, 2009.

<sup>523</sup> A temática da educação universitária com ênfase na atenção farmacêutica foi um dos destaques do XVIII Congresso Farmacéutico Argentino realizado em outubro de 2007. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 18.

<sup>524</sup> Por medicamentos ilegítimos a COFA define os medicamentos falsos, roubados ou adulterados. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 4.

<sup>525</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 5.

<sup>526</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 43.

jornal em 01 de novembro de 2003.<sup>527</sup> Em abril de 2007, a COFA faz uma solicitação pública à presidência e aos deputados, por meio de uma nota no Clarín, reivindicando a regulamentação do comércio de medicamentos como forma de combate aos produtos ilegítimos. A partir daí, inicia uma série de publicações no diário com uma campanha de conscientização para aquisição de medicamentos só em farmácias.<sup>528</sup> Essa campanha termina em 12 de outubro, dia do farmacêutico argentino, em que a COFA faz um balanço da situação da saúde argentina e dos perigos causados pela desregulação econômica no mercado de medicamentos, afirma possuir 14 mil farmácias afiliadas que garantiriam provisão, informação e assessoramento para mais de 200 obras sociais, atendendo 9 milhões de beneficiários.<sup>529</sup>

Na medida em que avançavam os debates sobre a revisão do decreto nº 2.284/91, aumentavam as denúncias da COFA sobre os riscos da permissividade legislativa na regulação do comércio e circulação dos medicamentos. Além disso, apontava também exemplos de províncias que já haviam regulado a venda de medicamentos em suas jurisdições e os benefícios que obtinham, tanto no uso racional desses produtos, como na redução dos casos de apreensões de medicamentos ilegítimos. No final do ano de 2007, a COFA criou um *newsletter* para prestar informações semanais sobre as ações da instituição e o andamento dos trabalhos frente as demandas colocadas.<sup>530</sup> O ano de 2008 marcou o estremecimento da relação entre a COFA e o diário Clarín, pois a primeira se queixou de dificuldades para continuar publicando suas notas e passou a adotar a estratégia de publicar notas em diversos jornais de menor circulação. Na edição de agosto de 2008, o *Correo Farmacéutico* trouxe diversas matérias publicadas em outros jornais denunciando o que chamava de “vazio legal e desproteção”, o mercado negro de medicamentos no país e acusava algumas obras sociais, pré-pagas, laboratórios e *droguerías* de atuarem nesse mercado.<sup>531</sup>

Um ano depois, em agosto de 2009 e, portanto, já às vésperas da aprovação do projeto de lei para regular o mercado de medicamentos, a COFA parte para uma ação de mídia mais incisiva, pressionando os senadores por meio de cartazes, *outdoors* e propagandas de rádio.<sup>532</sup> O clima acirrado levou a COFA a fazer uma denúncia no Comitê

---

<sup>527</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 59.

<sup>528</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 20.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 72, jul, 2007. p. 10.

<sup>529</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 6.

<sup>530</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 30.

<sup>531</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008.

<sup>532</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009. p. 4.

Federal de Radiodifusão (COMFER) sobre publicidade enganosa de medicamentos de venda livre.<sup>533</sup> O episódio gerou uma campanha da COFA, denunciando o uso descontrolado de medicamentos proporcionado pela falta de regras no mercado e a incisiva propaganda de medicamentos direcionada aos consumidores finais.<sup>534</sup> Em 09 de setembro de 2009, a COFA envia uma carta aberta ao então chefe de governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, Mauricio Macri, questionando multa sobre cartazes afixados pela cidade, argumentando que contratou empresa habilitada que, por sua vez, executou o serviço dentro das normas administrativas e solicitava ainda audiência com a autoridade para expor suas questões, pois teriam diversas denúncias sobre venda irregular de medicamentos e máfias de falsificação que operavam na capital.<sup>535</sup>

Ao longo do período de desregulação do mercado de medicamentos, a COFA foi colecionando casos de falsificação e adulteração de medicamentos, que sempre eram lembrados nas suas campanhas em defesa da revisão do decreto nº 2.284/91. Dois casos notáveis foram a morte de 32 pessoas por contaminação de própolis, em 1992, e a descoberta de uma grande rede de falsificação de medicamentos envolvendo a segunda maior *drogueria* do país, em 1997. Em 2008, mais um grande escândalo abalou a Argentina, após um triplo assassinato de jovens empresários foi descoberta uma quadrilha ligada ao tráfico de drogas e medicamentos, com associação à laboratórios, obras sociais, pré-pagas e até com infiltração no Estado, trabalhavam com medicamentos de alto custo e baixa incidência, especializados em oncológicos. O caso foi amplamente denunciado pela COFA e ônus desses problemas eram sempre creditados ao decreto nº 2.284/91, em outubro de 2009 a COFA promoveu um grande esforço numa campanha que envolvia diversos jornais, programas de TV e emissoras de rádio, chamando a atenção para o caso e a importância da aprovação do projeto de lei que regularia o comércio de medicamentos, proporcionando maior segurança aos pacientes, incentivando o uso racional de medicamentos e dificultando a ação de quadrilhas especializadas no tráfico de medicamentos.<sup>536</sup> A comoção tomou conta do país, ajudando a criar um clima favorável à regulamentação do circuito de comercialização de medicamentos, tendo a farmácia como única varejista legítima.<sup>537</sup>

---

<sup>533</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009. p. 10.

<sup>534</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 94, set, 2009. p. 26.

<sup>535</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 16.

<sup>536</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, Out, 2009. p. 9.

<sup>537</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 97, dez, 2009. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XIX, Ed. Especial, dez, 2009.

O projeto de regulação da venda de medicamentos que prosperou foi apresentado à câmara de deputados ainda no final do ano de 2003. Porém, as dificuldades impostas para a aprovação de uma legislação com tal impacto, em uma agenda que envolve um variado número de atores, como médicos, laboratórios, obras sociais e pré-pagas, alguns deles dispendo de largos poderes na organização institucional da comunidade política e um grande volume de capitais, levaram a COFA a adotar uma estratégia ligada ao modelo de federalismo argentino e pelo protagonismo das províncias na condução das políticas sanitárias. Objetivando ganhar força para a aprovação da legislação nacional, os farmacêuticos buscaram aprovar legislações provinciais que regulassem a venda de medicamentos, que assegurassem a implantação da atenção farmacêutica e que introduzissem esses profissionais entre os membros da equipe de saúde.

Assim, os colégios farmacêuticos provinciais buscaram se aproximar das políticas propostas por organismos governamentais. Pipocam em diversas províncias, legislações propondo a regulação da venda de medicamentos, a regulação profissional dos farmacêuticos buscando garantir seu papel como dispensadores e o estabelecimento de regras para abertura de farmácias. A realidade diversa das províncias fez com que o êxito fosse maior ou menor em cada uma delas. Em Salta, desde 2001, a legislação já delegava funções de fiscalização e controle da circulação de medicamentos ao Colégio Farmacêutico de Salta. Em 2003, uma resolução do ministério da província conferia ao colégio o poder de decretar o confisco de medicamentos em estabelecimento não habilitados para seu comércio.<sup>538</sup> Em agosto de 2004, a província de Tucumán aprova legislação estabelecendo regras para a abertura de farmácias como distância mínima, horários de funcionamento e a necessidade de o proprietário possuir residência na província.<sup>539</sup> Em outubro de 2006, a província de Jujuy passava por negociações entre o governo e o colégio farmacêutico para regulação da venda de medicamentos.<sup>540</sup> Em março de 2007, foi a vez da província de Entre Rios debater o projeto de regulação da venda de medicamentos OTC.<sup>541</sup>

Em novembro de 2007, a recém-eleita diretoria COFA publica um plano de ação onde primeira prioridade seria a aprovação da lei nacional, revogando o decreto 2.284/91 para medicamentos. Na segunda prioridade, constava a impulsão de legislações

---

<sup>538</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 28.

<sup>539</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 34.

<sup>540</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 45.

<sup>541</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 38.

provinciais.<sup>542</sup> A partir de agosto de 2008, ficou definido que um grupo de dirigentes iria percorrer as províncias para expor as autoridades locais a importância de normas que regulem a dispensa de medicamentos.<sup>543</sup> Em outubro de 2008, autoridades da província de Entre Rios se reuniam com a diretoria do colégio provincial para definição da lei que regularia a atividade farmacêutica na jurisdição.<sup>544</sup> Em maio de 2009, o mesmo debate se deu entre o Colégio Farmacêutico da Tierra del Fuego e deputados provinciais da comissão de saúde.<sup>545</sup> Em agosto de 2009, a província de Rio Negro aprovou legislação restringindo a venda de medicamentos às farmácias.<sup>546</sup> Em novembro de 2009, a legislação devolvendo a exclusividade da venda de medicamentos às farmácias foi aprovada nas províncias de Entre Rios, Jujuy e Misiones.<sup>547</sup>

Em muitos casos, o estreitamento das relações entre os colégios farmacêuticos e os governos provinciais proporciona parcerias e a apresentação de novas demandas por parte da categoria. Em março de 2007, a província de Chaco possuía o maior número de farmacêuticos no serviço público e criava programas de residência em farmácias hospitalares.<sup>548</sup> Já em San Juan, farmacêuticos reclamavam a ausência desses profissionais no serviço público e buscavam melhorar as remunerações por serviços prestados às obras sociais.<sup>549</sup> Nas províncias de Corrientes, Chaco, Tucumán e Salta, amparados por uma resolução da ANMAT, farmacêuticos reivindicavam restrição da venda de bebidas energéticas.<sup>550</sup> Em Buenos Aires, onde a regulação da venda de medicamentos já era uma realidade desde o início da década de 1990, implementada pela gestão de Ginés González García na ocasião em que esteve à frente do ministério da saúde da província, o colégio farmacêutico criou um serviço de chamadas gratuitas para tirar dúvidas sobre garantias de procedência de medicamentos.<sup>551</sup>

Em Córdoba, onde a legislação restringindo a venda de medicamentos fora das farmácias já vigorava desde o ano 2000, em 03 de outubro de 2006, o presidente do colégio farmacêutico publicou artigo questionando as autoridades sobre a venda de

---

<sup>542</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007.

<sup>543</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 82, Jul, 2008. p. 7.

<sup>544</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 85, out, 2008. p. 32.

<sup>545</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 20.

<sup>546</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 43.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, Nov, 2009. p. 24.

<sup>547</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, nov, 2009. p. 34.

<sup>548</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 38.

<sup>549</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 40.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 25.

<sup>550</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 24.

<sup>551</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, nov, 2009. p. 34.

medicamentos em *kioscos* que, segundo ele, jamais havia sido completamente encerrada na província.<sup>552</sup> A partir daí, o colégio farmacêutico da província passou a desenvolver uma relação de cooperação com o governo local para o desenvolvimento de políticas de fortalecimento das farmácias e combate aos medicamentos ilegítimos. Em abril de 2007, o colégio discutia com o governo provincial benefícios para a instalação de farmácias em áreas periféricas.<sup>553</sup> Em agosto do mesmo ano, anunciavam a criação do Programa de Erradicação de Medicamentos Ilegais (PRODEMI), fruto da parceria entre o colégio farmacêutico e o ministério da saúde da província, o programa produziu campanhas informando a população que os únicos estabelecimentos habilitados a fornecer medicamentos eram as farmácias e hospitais, criava instrumentos de denúncia e mecanismos de sanção aos infratores.<sup>554</sup> Mais tarde, o PRODEMI serviria de referência para as demais províncias como exemplo de ação bem-sucedida no combate aos medicamentos ilegítimos e reconhecimento do papel sanitário desempenhado pelos farmacêuticos.<sup>555</sup>

Não obstante ao caso exitoso de Córdoba, o mais comum eram denunciarem os descumprimentos das leis e as sanções aplicadas aos infratores. No final de 2007, uma longa investigação apurada em colaboração com o Colégio Farmacêutico de Buenos Aires desmantela um laboratório e uma *drogueria* clandestinos na cidade de Mar del Plata.<sup>556</sup> No início de 2008, foi a vez da província de La Pampa denunciar o descumprimento da lei, devido a venda de medicamentos fora das farmácias,<sup>557</sup> em Tucumán a denúncia foi de falsificação de receitas.<sup>558</sup> Em La Rioja, foram fechadas farmácias que não possuíam farmacêuticos na direção técnica conforme previsto na sua lei de farmácias.<sup>559</sup> Em outubro de 2009, a defensoria pública da província de Formosa teve de intervir para combater o comércio de medicamentos em vias públicas e em locais não habilitados.<sup>560</sup>

No que tange às dificuldades de avanço das pautas colocadas pelos farmacêuticos nos ambientes provinciais, chama a atenção o caso de Mendoza. Em 10 de dezembro de

---

<sup>552</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 45.

<sup>553</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 32.

<sup>554</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 31.

<sup>555</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 13.

<sup>556</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 16.

<sup>557</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 24.

<sup>558</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 80, mai, 2008. p. 38.

<sup>559</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 85, out, 2008. p. 30.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 20.

<sup>560</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 46.

2004, foi aprovada a Lei de Exercício das Atividades Farmacêuticas na província que previa a restrição da dispensa de medicamentos apenas às farmácias, que essas deveriam possuir um farmacêutico devidamente habilitado, que tais estabelecimentos não poderiam pertencer a sociedades anônimas e que o proprietário deveria possuir residência na província.<sup>561</sup> Em 2006, a província de Mendoza experimentava embates com redes de farmácia oriundas de capital internacional que buscavam rever a legislação farmacêutica.<sup>562</sup> Em abril de 2007, foram multados 42 *kioscos* e 2 distribuidoras de guloseimas por comércio de medicamentos.<sup>563</sup> Em maio de 2009, o Colégio Farmacêutico de Mendoza realiza denúncia de manobras de compra de farmácias por parte de redes estrangeiras e recorre a uma disputa judicial.<sup>564</sup> A partir daí, foi aberto um vigoroso debate sobre o modelo de farmácia, que os farmacêuticos de Mendoza chamavam de *farmácia profesional* contra *Drugstore*, pois as redes de farmácias seriam algo semelhante aos supermercados, onde a prestação de serviços farmacêuticos e o uso racional de medicamentos ficariam em segundo plano.<sup>565</sup> Embora tivesse de conviver com as redes de farmácias, mesmo que momentaneamente, o colégio ainda encontrava as habituais dificuldades de competição com a venda direta das obras sociais e buscou intensificar a fiscalização desses agentes. Nesse sentido, três delas foram penalizadas por evadir o circuito de venda de medicamentos até outubro de 2009.<sup>566</sup>

Diante das assimetrias nas regulações das províncias e as dificuldades colocadas frente ao controle de circulação de mercadorias dentro dos limites do país, em março de 2009, o *Correo Farmacéutico* chama a atenção para a importância da aprovação da legislação nacional, denunciando roubos de medicamentos em farmácias de Buenos Aires para o abastecimento do mercado negro.<sup>567</sup> A essa altura, a campanha pela revogação do decreto de desregulação para os medicamentos já se encontra em seu ápice, tendo a COFA reunido uma ampla gama de aliados para o apoio a seu projeto. As alianças firmadas e a evolução desses debates é o que veremos nas linhas que seguirão, pois é no ambiente

---

<sup>561</sup> MENDOZA. Lei nº 7.303, de 10 de dezembro de 2004. **Lej de Ejercicio de las Actividades Farmacéuticas**. Disponível em: <<http://www.gobernac.mendoza.gov.ar/boletin/pdf/20041210-27297-normas.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>562</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 45.

<sup>563</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 32.

<sup>564</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 18.

<sup>565</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 18.; *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 91, jun, 2009. p. 14.

<sup>566</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 48.

<sup>567</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 27.

institucional em nível nacional é que irão se processar as relações de maior importância na definição dos rumos dessa pauta.

A construção dessas alianças se deu no intervalo entre 2003 e 2009, nesse ínterim, os Congressos Farmacêuticos Argentinos organizados pela COFA passaram a contar com um número cada vez mais expressivo de autoridades de organismos do governo, com a presença de representantes de instituições dos membros da equipe de saúde e das demais instituições de representação dos farmacêuticos. As últimas edições do evento nesse período, passaram a incluir autoridades políticas do Ministério da Saúde, Câmara de Deputados e Senado, além de representantes de laboratórios e de instituições internacionais. Por meio desses eventos, a COFA reforçava suas alianças para a regulação econômica e levava à frente os debates sobre atenção farmacêutica ao trazer catedráticos reconhecidos e formar grupos de trabalho na área.

No que circunscreve ao ambiente institucional nacional, a empreitada da COFA pela revisão do decreto de desregulação econômica para o mercado de medicamentos contou com o apoio de peso do Ministério da Saúde, na figura do ministro titular da pasta; de organismos governamentais ligados a vigilância sanitária e a agenda de saúde, como a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) e seu subordinado Instituto Nacional de Medicamentos (INAMe) e, pontualmente, a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) e o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), por meio do Programa de Assistência Médica Integral (PAMI). Construíram também importantes alianças com as demais instituições de representação de farmacêuticos no país e com destacadas representações ligadas aos demais membros da equipe de saúde. Observando as dificuldades de reinserção no mercado de medicamentos vivenciada pelas *droguerias*, a COFA as incluiu nos debates. Diante das dificuldades em construir consensos junto as câmaras farmacêuticas, trilhou uma estratégia ligada predominantemente aos laboratórios mais importantes. No parlamento, conseguiu reunir importantes lideranças como os presidentes de comissões relacionadas à saúde tanto na Câmara de Deputados quanto no Senado. Construiu assim, uma ampla coalizão que lhe permitiu impulsionar os debates sobre regulamentações no comércio de medicamentos estabelecendo o circuito de comercialização; laboratórios, *droguerias*, farmácias, pacientes.

As relações estabelecidas entre a COFA e os organismos de governo são vitais nesse processo, aqui veremos como essas relações foram estabelecidas com o Ministério da Saúde e com organismos da burocracia estatal (ANMAT/INAMe, SSS e PAMI).

Observando as documentações, nos limites de um trabalho desse vulto, podemos inferir que a revitalização do Conselho Federal de Saúde (CO.FE.SA.) e a política afirmativa do ministro da saúde Ginés González García alçaram a COFA a um novo patamar de poder e autoestima. Pois, até o ano de 2002, as publicações da COFA eram espaçadas e sem regularidade, a instituição possuía poucos interlocutores e parecia desacreditada. Tão logo foi confirmado na permanência do cargo para o ministério, no governo de Néstor Kirchner, Ginés estreitou os laços com a COFA e anunciou, durante o XV Congresso Farmacêutico Argentino, a criação de um projeto para “reconstruir a Argentina”, que incluía a intenção do governo de rever o decreto nº 2.284/91 com um projeto de lei redigido pelo próprio ministro.<sup>568</sup> A partir de então, a COFA faz um censo sobre os farmacêuticos e diversos editoriais do *Correo Farmacéutico* passaram a apontar a crise da profissão, as novas atividades ligadas a atenção farmacêutica e a necessidade de que os medicamentos sejam vendidos exclusivamente em farmácias.

Ainda no ano de 2003, o projeto de lei que regula a venda de medicamentos e especialidades de venda livre foi apresentado pela deputada Margarida Jarque.<sup>569</sup> O projeto previa que a preparação de receitas, despacho e venda ao público de drogas, medicamentos e especialidades fosse feita apenas em farmácias habilitadas conforme a lei nº 17.565/67, de farmácias. A fundamentação se baseava em uma definição dos medicamentos como um bem social e uma prestação sanitária, segundo o projeto, o caráter de venda livre não retiraria sua condição de medicamento. Ressaltava ainda, que a informação é um ponto importante na relação entre médico e paciente, ao se tratar de medicamentos de venda livre essa relação tende a ser substituída pela publicidade, devido à ausência do profissional farmacêutico no ato da dispensa. A COFA endossa a fundamentação, alegando que o mercado de medicamentos de venda livre é mais concentrado, favorecendo a propaganda, que a venda de medicamentos fora das farmácias elimina os controles de qualidade e estimula o consumo.<sup>570</sup> Tão logo o projeto foi apresentado, a COFA realizou uma assembleia geral onde ficou definido a intensificação da luta pela regulamentação do mercado, trabalhando sobre o Ministério da Saúde e seus

---

<sup>568</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, Nº 57, set/out. 2003. p. 35.

<sup>569</sup> Margarida Jarque é membro do Partido dos Trabalhadores Socialistas (PTS) que integrou a Frente País Solidário (FREPASO) que fez oposição ao governo De La Rúa e levou a eleição do presidente Néstor Kirchner. Fonte: <[http://www.pts.org.ar/spip.php?page=boletin\\_notas&id\\_article=920](http://www.pts.org.ar/spip.php?page=boletin_notas&id_article=920)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>570</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 44.

subalternos ANMAT e INAMe, assim como nos âmbitos legislativos incluindo reuniões nas comissões da câmara.<sup>571</sup>

Enquanto isso, o Ministro da Saúde já defendia publicamente a revogação da desregulação e a presença de medicamentos só nas farmácias, conforme entrevista concedida ao Clarín em 1º de novembro de 2003.<sup>572</sup> Sempre presente nos eventos da COFA e esporadicamente visitando a sede da entidade, o ministro Ginés apenas se manteve inerte aos reclamos de participação dos farmacêuticos no programa Remediar. O que não foi empecilho para se tornarem fortes aliados, prova desses laços é a visita de Ginés à sede da instituição em março de 2007, para tratar do projeto “Argentina Caminha”, onde os debates envolveram as eleições presidenciais e o uso racional de medicamentos com sua presença somente em farmácias.<sup>573</sup> A resposta da COFA é dada em abril, com a publicação de um artigo sobre medicamentos ilegítimos que em seu título afirmava “*la solución de esta situación requiere una política de Estado para todo el país*”, condicionando seu apoio eleitoral a defesa da regulação do mercado de medicamentos.<sup>574</sup> Em junho, o Ministério da Saúde publica resolução nº 627/07, sobre Boas Práticas de Promoção de Medicamentos Sob Receita, proibindo a publicidade desses medicamentos e regulando o funcionamento das campanhas promocionais.<sup>575</sup>

Em agosto de 2007, foi realizado em Buenos Aires a Conferência Internacional de Saúde para o Desenvolvimento “Direitos, Feitos e Realidade”. Contando com a presença de 60 países, o evento foi mais uma oportunidade para o ministro da saúde argentino abordar a proposta e afirmar a importância de uma política com medicamentos exclusivamente nas farmácias.<sup>576</sup> Em outubro, na ocasião do XVIII Congresso Farmacêutico Argentino, o *Correo Farmacéutico* publicou entrevista com Claudia Madies, secretária de políticas, regulação e fiscalização do Ministério da Saúde, onde ela explicou as características do projeto de lei, os debates que cercaram sua construção no âmbito do CO.FE.SA. e o apoio do executivo.<sup>577</sup> Ainda tratando dos debates levantados no congresso farmacêutico, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação anunciaram a formação de uma Comissão Nacional para Uso Racional de Medicamentos, envolvendo

---

<sup>571</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 50.

<sup>572</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 59.

<sup>573</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 6.

<sup>574</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 22.

<sup>575</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 71, jun, 2007. p. 31.

<sup>576</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 24.

<sup>577</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 32.

outras instituições do governo.<sup>578</sup> Os contornos dessa comissão foram delimitados pela resolução nº 1412/07, do Ministério da Saúde, na mesa de trabalhos estavam inclusos tanto a COFA, como instituições representantes de médicos, psiquiatras, odontólogos e universidades.<sup>579</sup>

Em dezembro de 2007, Ginés González García deixa o cargo de ministro da saúde e sendo nomeado embaixador da Argentina no Chile. Em seu lugar, assume a diretora executiva do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), Graciela Ocaña.<sup>580</sup> No mês de fevereiro de 2008, foi realizada uma reunião entre a COFA e a nova ministra, contando também com outras autoridades do ministério. O tema central foi a venda de medicamentos fora das farmácias, a COFA também apresentou demandas relacionadas ao PAMI e à inclusão de sua rede no programa Remediar. A COFA apresentou trabalhos ligados ao uso racional de medicamentos e colocou sua rede à disposição para ingressar nos programas de atenção primária à saúde, a ministra solicitou maiores informações e acenou com a intenção de incluir as farmácias e os farmacêuticos em uma nova fase do programa Remediar.<sup>581</sup> Embora tenha feito diversas denúncias sobre adulteração de medicamentos, sobretudo delatando obras sociais, durante a gestão de Graciela Ocaña, as relações com a COFA não foram tão próximas quanto a gestão de seu antecessor Ginés, com base na documentação produzida pela instituição farmacêutica podemos tomar que foi uma relação distante.

Em 29 julho de 2009, um dia após as eleições legislativas, desgastada por conflitos com sindicalistas, a ministra renuncia dando lugar a Juan Luis Manzur.<sup>582</sup> Em editorial, do *Correo Farmacéutico* a COFA comemora a mudança no ministério acusando Graciela de tê-los negligenciado e ressalta o fato de Manzur ser alinhado ideologicamente com

---

<sup>578</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 54.

<sup>579</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 6.

<sup>580</sup> Graciela Ocaña é formada em ciências políticas e professora convidada da Universidade Nacional de San Martín, foi deputada federal de 1999 até 2003, entre 2004 e 2007 foi diretora executiva do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), em dezembro de 2007 foi nomeada ministra da saúde ocupando o cargo até 29 de junho de 2009. Em 2011 foi eleita novamente deputada federal, porém em 2013 anunciou a criação de seu novo partido *Confianza Publica*. Posteriormente, foi candidata ao senado e atualmente é legisladora na Cidade Autônoma de Buenos Aires. Fonte: < <http://www.gracielaocana.com.ar/graciela-ocana>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>581</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008. p. 4.

<sup>582</sup> Juan Luis Manzur é médico especializado em medicina legal e medicina do trabalho, posteriormente se especializou como médico sanitário na Fundação ISALUD onde trabalhou com Ginés González García. Em 2003 assumiu como ministro da saúde da província de Tucumán, em 2007 foi eleito vice-governador na mesma província. O cargo foi desempenhado até sua nomeação como ministro da saúde por Cristina Kirchner. Atualmente Manzur é governador da província de Tucumán. Fonte:< <http://www.treslineas.com.ar/juan-manzur-bio-384.html>>. Acesso em: 04 ago, 2016.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 92, jul, 2009. p. 6.

Ginés o que, segundo eles, dava a entender que na nova gestão as entidades teriam mais oportunidades de participar e integrar a formulação das políticas do ministério. A mudança na condução do ministério e o resultado das eleições legislativas entusiasmaram a COFA, esta afirmava estar se inaugurando uma nova fase da história do país.<sup>583</sup> Empossado, Manzur respalda a iniciativa parlamentar para regulação da venda, que a essa altura já estava em fase final, e durante visitas oficiais passa a recomendar aos cidadãos que só adquiram medicamentos em farmácias habilitadas.<sup>584</sup> A vontade política demonstrada pelo novo ministro da saúde faz com que os trabalhos sejam retomados no congresso, como veremos a seguir. Tal circunstância nos evidencia a importância do apoio do executivo nacional na proposta liderada pelos farmacêuticos.

Na burocracia estatal, os apoios da COFA se deram em três campos. No ambiente da vigilância sanitária com a Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT), equivalente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil, e seu subordinado Instituto Nacional de Medicamentos (INAME), responsável por fiscalização e controle de medicamentos, cosméticos e produtos para diagnóstico e tratamentos humanos. No tocante a fiscalização e controle dos agentes de serviços de saúde, o apoio veio da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS), responsável regular e controlar os agentes de Sistema de Seguro de Saúde (obras sociais, medicina pré-paga, hospitais e profissionais farmacêuticos, incluindo estabelecimentos e redes de prestadores de estabelecimentos farmacêuticos), que esteve em frequente contato com a COFA. Por fim, no que toca a prestação de serviços públicos de saúde, o Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), instituição que se coloca como uma grande obra social pública, fornecendo atendimento aos aposentados e pensionistas, foi também um importante parceiro no estabelecimento de programas com a participação dos farmacêuticos.

Com a mudança de paradigma político no sentido de permitir maior participação do Estado na regulação dos agentes econômicos, a ANMAT se viu fortalecida e disposta de maior poder de atuação. Inicialmente, criou sistemas de farmacovigilância que foram sendo aderidos pelos colégios farmacêuticos provinciais à medida em que a COFA buscava se aproximar da instituição.<sup>585</sup> O diretor da ANMAT, desde 2002, o farmacêutico

---

<sup>583</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 92, jul, 2009. p. 4.

<sup>584</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 10.

<sup>585</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIV, nº 58, nov/dez. 2003. p. 45.; Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p.39.

Manoel Limeres, e outros funcionários eram figuras constantes nos eventos e congressos organizados pela COFA. Na ocasião do X Congresso da Federação Farmacêutica Sul Americana (FEFAS), realizado em 14 de dezembro de 2005, formou-se uma mesa conjunta com Alejandro Rodriguez da farmacovigilância da ANMAT e Gustavo Martinez, da COFA falando sobre Medicamentos falsificados e atenção farmacêutica.<sup>586</sup> No seu papel de fiscalização e vigilância, a ANMAT, acatou a demanda da COFA sobre a venda de medicamentos pela internet, pois na ausência de regulação não havia exigências de credenciais para o desempenho da atividade em meio virtual, nem mesmo garantias de procedência da medicação. Assim, a ANMAT passou a recomendar que a população não adquirisse medicamentos via internet e nem mesmo por outras “*vias ilegítimas de comercialização*”.<sup>587</sup>

Em maio de 2007, Manoel Limeres concede entrevista ao *Correo Farmacéutico*, trata de programas de pesquisas e do mercado de medicamentos ilegítimos na Argentina. Segundo o diretor, nenhuma província havia delegado poder de polícia sanitária a ANMAT para fiscalização e controle de estabelecimentos sem legitimidade para o comércio de medicamentos, assim a instituição só poderia atuar no trânsito interprovincial. Afirma, ainda, a necessidade de se regulamentar o comércio de medicamentos de venda livre, caso contrário a tarefa de repressão aos casos de falsificação de medicamentos se torna muito difícil.<sup>588</sup> Em agosto de 2008, já com Ricardo Martinez na diretoria da ANMAT, uma nova entrevista foi concedida para tratar de ações com vistas a coibir o *delivery* de medicamentos por obras sociais e pré-pagas, além do chamado canal K. Segundo Martinez, “*Nos preocupan las anormalidades que alteran la participación del farmacéutico en el circuito de comercialización de medicamentos*”.<sup>589</sup> Já em 08 de setembro de 2008, a falsificação de medicamentos e a distribuição por parte da Obras Social dos Bancários, foi tema de uma reunião da COFA com o Comitê Assessor da Chefatura do Gabinete de Ministros. O encontro reuniu a diretoria da ANMAT, do INAME, representantes de universidades e autoridades do Colégio Farmacêutico de Tucumán. A reunião foi marcante nessa jornada da COFA, pois ali ficou acordado que essas instituições iriam trabalhar conjuntamente para a restrição do comércio de

---

<sup>586</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 24.

<sup>587</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 13.

<sup>588</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 70, mai, 2007. p. 16.

<sup>589</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008. p. 20.

medicamentos apenas nas farmácias e para o desenvolvimento de programas de uso racional de medicamentos.<sup>590</sup>

Animados pela aprovação da legislação de genéricos, com a possibilidade de substituição do medicamento por parte do farmacêutico, no início de 2004 a COFA buscou a Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) com proposta para expandir a prestação de serviços farmacêuticos e sua regulamentação para o tratamento de doenças crônicas.<sup>591</sup> A partir daí, as duas instituições iniciaram uma sólida relação, pois no dia do amigo, 20 de julho daquele ano, o superintendente da SSS visita a sede da COFA para entregar o ditado da resolução nº 468/05,<sup>592</sup> que viria a ser publicada apenas em 20 de julho de 2005, reconhecendo os farmacêuticos como prestadores do Sistema Nacional de Saúde, deste modo reconhecia o farmacêutico como agente sanitário e as farmácias como centros de saúde. Além disso, determinava prazo de cadastramento para prestar serviços às obras sociais e à medicina pré-paga.<sup>593</sup> Assim como o ministro da saúde, Ginés González García, as autoridades da ANMAT e autoridades da SSS também estiveram sempre presentes nos eventos e congressos da COFA, por vezes tratando da importância da participação dos farmacêuticos em suas áreas de trabalho. A boa relação com a SSS e a publicação da resolução nº 468/05, foram motivo de comemoração na reunião extraordinária que definiu o plano de ação da COFA para o ano de 2007. Como desdobramento dessa nova posição ocupada pelos farmacêuticos, uma das metas traçadas pela COFA foi a “nidificação da profissão”<sup>594</sup> através da dispensação ativa para que o farmacêutico possa ser, definitivamente, considerado um membro da equipe de saúde.<sup>595</sup> Mais tarde, em fevereiro de 2009, a SSS deixou sem efeito a resolução nº 468/05 para dar

---

<sup>590</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 12.

<sup>591</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 17.

<sup>592</sup> ARGENTINA. Superintendência de Serviços de Saúde. Resolução nº 468, 20 de julho de 2005.

**Inscripción de profesionales farmacéuticos prestadores en el Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud.** Requisitos. Apruébanse las Guías de Información Adicional para la Receta y la de Contratos de prestaciones farmacéuticas. Disponível em:

<<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/001121.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>593</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 35.

<sup>594</sup> Nidificação da profissão, do espanhol “*Jerarquización*” foi um dos *slogans* adotados pela COFA na ocasião devido à forma que se inseriu na 3ª Conferência Geral de Saúde convocada pela Revista Medicos Medicina Global, ocorrido em 04 de outubro de 2006, com a presença de autoridades da COFA, da SSS, do PAMI, representantes da indústria e de seguradoras de saúde, além da Confederação de Obras e Serviços Sociais da Republica Argentina (COSSPRA). No evento Enrique Roca vice-presidente COFA apresentou o painel “*Jerarquizando la Profesión*” onde afirmou que somente seria possível estabelecer um sistema de saúde voltado para a atenção primária incluindo a rede de farmácias. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 8.

<sup>595</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 66, nov/dez, 2006. p. 6.

lugar a resolução nº 43/09,<sup>596</sup> de modo que apenas o registro profissional e a habilitação ministerial permitiria a prestação de serviços sem inscrição em qualquer cadastro.<sup>597</sup>

A SSS também agiu ativamente nas demandas relacionadas com os farmacêuticos, ao coibir a prática de *delivery* de medicamentos por parte de obras sociais, anulando contratos de prestação de serviços devido a esses delitos. Na ocasião do XVIII Congresso Farmacêutico Argentino, o gerente da SSS, Juan Carlos Biani, participou do evento analisando modelos farmacêuticos na América Latina. Em entrevista concedida ao *Correo Farmacêutico*, falou sobre esforços na construção de um seguro universal de saúde e declarou apoio à regulamentação do comércio de medicamentos que afirmou ser um passo importante na certificação de qualidade dos medicamentos.<sup>598</sup> No entanto, até o fechamento de nosso recorte temporal a COFA reivindicava, sem sucesso, uma resolução para que todas as farmácias pudessem atender aos afiliados da seguridade social, evitando com que as obras sociais pudessem fazer contratos com farmácias específicas.<sup>599</sup>

Como vimos, as relações da COFA com o governo renderam o apoio político do Ministério da Saúde, o apoio técnico da ANMAT/INAME e fiscalização das obras sociais e pré-pagas da SSS. Do mesmo modo, o Programa de Atenção Médica Integral (PAMI) mantido pelo Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), foi um importante ponto de apoio da COFA da burocracia estatal. Com a recuperação econômica vivida pelo país ao longo do ano de 2003, em janeiro do ano seguinte a COFA conseguiu receber créditos referentes a medicamentos fornecidos à usuários PAMI, que haviam sido retidos por insuficiência de recursos nos cofres públicos.<sup>600</sup> Em 2006, após a mudança de perspectiva da COFA em relação à política de descontos fornecida aos usuários vinculados à clientes corporativos, as instituições passaram por um processo de negociação para rever seus acordos.<sup>601</sup> Esse processo culmina em um novo acordo firmado em fevereiro de 2007, definido para reparar a

---

<sup>596</sup> ARGENTINA. Superintendência de Serviços de Saúde. Resolução nº 43, de 21 de janeiro de 2009.

**Superintendencia de Servicios de Salud.** Deróganse todas las normas emanadas de esta Superintendencia que obligan a los Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos a inscribirse en el Registro de Prestadores de este organismo. Disponível em: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000-149999/149759/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

<sup>597</sup> *Correo Farmacêutico*. Ano XVIII, nº 87, jan/fev, 2009. p. 8.

<sup>598</sup> *Correo Farmacêutico*. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 28.

<sup>599</sup> *Correo Farmacêutico*. Ano XVIII, nº 91, jun, 2009. p. 7.

<sup>600</sup> *Correo Farmacêutico*. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004. p. 57.

<sup>601</sup> *Correo Farmacêutico*. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 8.

concentração de recursos e beneficiar pequenas farmácias, responsáveis pela capilaridade do sistema e garantia de acesso. Além disso, incluiu honorários para fornecimento de medicamentos para diabetes, melhorou os aportes pagos às farmácias e reduziu o prazo para os pagamentos de créditos às farmácias. Tal fato, é comemorado pela COFA como fundamental para recuperação da rentabilidade de seu negócio.<sup>602</sup>

Embora houvesse reclamações de atrasos nos pagamentos por serviços prestados ao PAMI,<sup>603</sup> a relação entre as instituições continuou avançando no sentido da inclusão do farmacêutico nas prestações do PAMI, fortalecendo a atenção farmacêutica em suas rotinas. Em 2008, o PAMI fechou um convênio com o Colégio Farmacêutico de Lomas de Zamora para cobertura integral de diversos itens como seringas, leite e sondas.<sup>604</sup> Em agosto de 2008, fecha-se um acordo, envolvendo a COFA, PAMI e o banco Super Ville para financiamento de medicamentos.<sup>605</sup> Porém, o acordo de maior importância firmado entre as instituições, talvez tenha sido aquele relacionado a aplicação da vacina antigripal que se deu no início de 2009. Sendo o PAMI voltado para o atendimento de aposentados e pensionistas, aliado ao seu grande número de filiados, representou uma inclusão efetiva da rede de farmácias como uma rede de serviços sanitários.<sup>606</sup> Até então as campanhas de vacinação eram realizadas por meio de licitações para a aquisição e distribuição das vacinas que eram aplicadas na rede própria do PAMI. O novo modelo incluindo as farmácias foi avaliado de forma positiva, tanto pela COFA, como pelo PAMI.<sup>607</sup>

A relação entre a COFA e o PAMI constitui um importante ponto de apoio na relação entre os farmacêuticos argentinos e a burocracia estatal, representou mais um impulso do Estado na afirmação da atenção farmacêutica e na recolocação da categoria em uma posição de maior destaque na distribuição de poder entre os atores do mercado de medicamentos, uma vez que, segundo a COFA, o convênio firmado junto ao PAMI regula os convênios firmados com os demais agentes de serviços de saúde como obras sociais e pré-pagas.<sup>608</sup> Neste sentido, a renovação dos acordos em benefício dos farmacêuticos constituiu um estímulo do Estado ao avanço dos farmacêuticos frente aos demais atores da agenda e sua afirmação entre os membros da equipe de saúde.

---

<sup>602</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 67, fev, 2007. p. 11.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007. p. 8.

<sup>603</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 70, mai, 2007. p. 4.

<sup>604</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 78, mar, 2008. p. 16.

<sup>605</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008. p. 22.

<sup>606</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 87, jan/fev, 2009. p. 4.

<sup>607</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 4.

<sup>608</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 85, out, 2008. p. 4.

As alianças firmadas entre a COFA e o governo, tiveram uma importância política sobretudo quando considerado o apoio do Ministério da Saúde na construção de um projeto de regulação do mercado de medicamentos, mas também uma importância econômica quando considerada as relações com a burocracia estatal na figura da ANMAT, INAMe, SSS e PAMI, que reformulam e garantem as regras do jogo dentro de seus limites. No entanto, é na relação com os demais atores da agenda de saúde que vai se formar a fisiologia do circuito de medicamentos proposto pela COFA e construído com o auxílio do Conselho Federal de Saúde (CO.FE.SA.). Agora analisaremos como se desenvolveram as relações da COFA com esses atores, focando primeiramente na sua relação com seus pares na representação dos farmacêuticos, depois na relação com demais instituições de representação de membros da equipe de saúde, laboratórios e *droguerías*.

O ano de 2004 foi marcante para a COFA, pois já dispunha de um fortalecimento de prestígio em virtude da lei de genéricos. Deste modo, a instituição tratou de se aproximar do Estado, conforme já vimos, e de estabelecer quem seriam seus aliados e opositores. Neste sentido, a COFA faz a leitura de que na década de 1990 a desregulação econômica, a liberação de preços e políticas de registros de medicamentos “mal aplicadas” permitiram o surgimento das mandatárias. Julgando-a como responsável pelo empobrecimento das farmácias, a COFA entendia a mandatária como “*un intermediario parasitario, burocrático, que nació al amparo de la inmoralidad de muchos funcionarios y gerentes de obras sociales y prepagas*”.<sup>609</sup> Dito isso, a COFA ressalta a existência de coincidências entre si e a Federação Argentina de Câmaras de Farmácias (FACAF),<sup>610</sup> representante dos proprietários de farmácias, fazendo a leitura de que a Argentina passa por um momento de mudanças e que existem importantes setores da indústria buscando novos parceiros para garantir suas posições diante das mudanças experimentadas pelos laboratórios. Afirma ainda a necessidade do trabalho conjunto entre as duas instituições, capaz de mudar a história do mercado de medicamentos sem a necessidade de esperar a intervenção do Estado e estabelecendo um discurso de que juntos são capazes de aplicar “prêmios e castigos”.<sup>611</sup>

Dando sequência a ideia de aplicação de prêmios e castigos as duas instituições se reúnem com representantes da indústria em 1º de julho de 2004 e firmam um acordo para

---

<sup>609</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 22.

<sup>610</sup> **Resenha Histórica.** Federação Argentina de Câmaras de Farmácia. Disponível em: <<http://www.facaf.org.ar/la-institucion/historia-y-objetivos/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>611</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 22.

um amplo programa de descontos na ordem de 25% em diversos medicamentos.<sup>612</sup> Posteriormente, esse evento disparou o debate sobre a revisão da política de descontos, mas foi também um evento marcante por iniciar a relação entre as instituições. A partir daí, iniciaram um grupo de trabalho com programa de ação para reordenar o mercado de medicamentos sob a premissa de “medicamento exclusivamente na farmácia”. As intervenções desse grupo de trabalho junto à indústria se iniciaram com o envio de cartas-documento em 30 de março de 2006, a alguns laboratórios e às três principais câmaras farmacêuticas COOPERALA,<sup>613</sup> CILFA<sup>614</sup> e CAEMe.<sup>615</sup> No documento, as instituições farmacêuticas os intimava a cessar a venda de medicamentos aos canais alternativos à farmácia e convocavam uma reunião para tratar da revisão das bonificações do PAMI e redução dos custos de devolução de medicamentos vencidos.<sup>616</sup>

A relação conflituosa com as instituições de representação da indústria se estendeu, em abril de 2006, foram realizadas diversas reuniões entre o grupo de trabalho formado pela Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) e Federação Argentina de Câmaras de Farmácia (FACAF) com as câmaras farmacêuticas tratando da revisão dos acordos com o PAMI, o pagamento de valores retidos por entrega de medicamentos de custo zero aos beneficiários de obras sociais e a proposta de eliminação de entrega direta de medicamentos entre laboratórios e pacientes.<sup>617</sup> O maior ponto de desacordo entre as representações de farmacêuticos e da indústria, deu-se na demanda pelo fim do comércio com canais alternativos, pois as câmaras farmacêuticas argumentavam não poderem opinar sobre “aspectos comerciais” de seus clientes.<sup>618</sup> Contudo, nem todos os laboratórios foram relutantes em restringir a venda de medicamentos às farmácias. Ainda

---

<sup>612</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004. p. 35.

<sup>613</sup> Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA) representante dos laboratórios de capital nacional. Disponível em:<<http://www.cooperala.com.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>614</sup> Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), historicamente representou os laboratórios de menor porte, porém essa distinção não é mais tão clara. Disponível em:<[http://www.cilfa.org.ar/#sitio\\_top](http://www.cilfa.org.ar/#sitio_top)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>615</sup> Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe), agrupa primordialmente os grandes laboratórios de capital internacional. Disponível em:<<http://www.caeme.org.ar/nosotros.php>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>616</sup> Cópia das cartas enviadas então disponíveis em: Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006.

<sup>617</sup> Esse foi mais um ponto importante de conflito entre farmacêuticos e a indústria, pois os farmacêuticos reivindicavam o acesso aos dados dos pacientes e questionavam o acesso dos laboratórios que os adquiria via acordos com Obras Sociais e pré-pagas para promoverem a venda direta aos pacientes. Essa prática se deu principalmente nos casos de pacientes crônicos, segmento aos qual os farmacêuticos buscavam ampliar sua área de atuação com os avanços da atenção farmacêutica. A discussão rendeu batalhas judiciais e reuniões com a Direção Nacional de Proteção a Dados Pessoais.

Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 12.

<sup>618</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006. p. 8.

em 2006, alguns deles adotaram a estratégia de fazer publicidade ressaltando o fato de seus medicamentos somente serem encontrados em farmácias, algo que seria uma garantia de qualidade dos produtos. A atitude foi louvada pela COFA, que incentivava a preferência na aquisição desses medicamentos pelas farmácias no espírito da promoção de “prêmios e castigos”.<sup>619</sup>

Em março de 2007, já com diversas legislações provinciais restringindo o comércio de medicamentos fora das farmácias, com o apoio declarado dos organismos de controle e fiscalização sanitária ANMAT/INAME ao projeto de lei nacional que restringiria o comércio de medicamentos, que havia entrado na pauta da câmara de deputados e sob a comoção causada por diversos casos de medicamentos ilegítimos (adulterados, falsificados ou roubados), a COFA envia um questionário para várias companhias farmacêuticas com perguntas sobre como os medicamentos falsificados afetavam seu mercado e sua opinião sobre a venda de medicamentos no chamado canal K, representados por *Kioscos* e supermercados. Pouco a pouco algumas indústrias foram enviando as respostas dos questionários e o *Correo Farmacéutico* tratou de publicá-las juntamente com entrevistas de executivos dessas empresas. As primeiras foram Gador e Roche<sup>620</sup> e depois a AstraZeneca<sup>621</sup> que chegou a defender publicamente a legislação de regulamentação do comércio de medicamentos.<sup>622</sup>

Na relação com a indústria, os farmacêuticos avançavam quando se tratava de acordos bilaterais, envolvendo um grupo específico de laboratórios que possuíam foco em medicamentos éticos, àqueles que já não eram comercializados legalmente no canal K. Porém, encontravam impasses na relação com laboratórios ligados aos medicamentos de venda livre, do mesmo modo existiam conflitos na relação com as câmaras farmacêuticas, que representavam a indústria nas negociações sobre os acordos envolvendo os pagamentos de prestações de serviços aos usuários do PAMI, obras sociais e pré-pagas. Fruto desses conflitos e unidos pela cobrança de atrasos, em maio de 2007, a mesa conjunta formada pela Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) e a Federação de Câmaras de Farmácia (FACAF) recebeu mais uma aliada, a Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA).<sup>623</sup>

---

<sup>619</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 66, nov/dez, 2006. p. 36.

<sup>620</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 10.

<sup>621</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 69, abr, 2007. p. 24.

<sup>622</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 28.

<sup>623</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 70, mai, 2007. p. 4.

Na mesma ocasião, a COFA promoveu uma reunião que buscou envolver farmacêuticos de várias áreas para apresentar a proposta de uma Lei Nacional de Medicamentos, produzida com base na legislação original da ANMAT, com aportes da Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI)<sup>624</sup> e de farmacêuticos hospitalares. O objetivo do encontro seria debater nos colégios farmacêuticos e construir um consenso entre os farmacêuticos das diversas áreas sobre uma legislação nacional de controle de medicamentos, desde a sua produção até a entrega do tratamento farmacológico ao paciente.<sup>625</sup> Em meio a esses debates, a Câmara Argentina de Produtores de Especialidades Medicinais de Venda Livre (CAMPEVeL), representando 20 laboratórios de medicamentos de venda livre, busca o diálogo com os farmacêuticos admitindo a comercialização de seus produtos apenas em farmácias, porém propõe a formação de um segmento particular para analgésicos e antiácidos para venda desregulada, além da publicidade massiva de OTC's, condenada pelas instituições de farmacêuticos.<sup>626</sup> Embora a relação não se desenvolva para parcerias futuras, o diálogo com a CAMPEVeL e sua aceitação na exclusividade da comercialização de medicamentos apenas em farmácias, pode ser entendido como um sinal da força que a coalisão formada pela COFA já atingia na luta pela revisão da desregulação econômica àquela altura.

A formação dessas alianças entre instituições de representação ligadas aos farmacêuticos segue adiante com a inclusão, em março de 2008, da Federação Argentina de Trabalhadores de Farmácias (FATFA),<sup>627</sup> ao grupo de trabalho formado pela COFA, FACAF e AFMySRA para o reforço da luta pela revogação do decreto nº 2.284/91, com um abaixo assinado a ser realizado em todas as farmácias do país, em que o objetivo era a coleta de um milhão de assinaturas favoráveis ao projeto de lei.<sup>628</sup> A aliança entre as instituições nacionais de farmácias amadurece e a mesa conjunta formada pela COFA, FACAF e AFMySRA para a se autodenominar Rede Nacional de Farmácias. A união foi

---

<sup>624</sup> Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI), fundada em 1952 atualmente reúne mais de 900 farmacêuticos em empresas do setor. **¿Que és?** Disponível em: <<http://www.safybi.org/que-es-safybi/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>625</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 72, jul, 2007. p. 19.

<sup>626</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 20.

<sup>627</sup> Fundada em 1946 a Federação Argentina de Trabalhadores de Farmácias (FATFA) reúne sindicatos de trabalhadores de farmácias em diversas províncias para representação nacional dos empregados em farmácias. Fonte: **Historia**. Disponível em: <<http://www.fatfa.com.ar/secciones/historia/historia.html>>. Acesso em 04 ago, 2016.

<sup>628</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 78, mar, 2008. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 79, abr, 2008. p. 4.

selada em reunião ocorrida no dia 4 de fevereiro de 2009, na ocasião foram definidos planos de trabalho para temas comuns, como acordos com a seguridade social e a prioridade da regulação da cadeia de comercialização. Assinando como Rede Nacional de Farmácias, as instituições enviaram novas correspondências às câmaras farmacêuticas. Enviaram correspondência também à ministra da saúde Graciela Ocaña, solicitando audiência para expor a situação sobre roubos em farmácias, *delivery* de medicamentos por obras sociais, entregas via internet e o canal K. Além disso, elaboraram um plano de ação envolvendo reuniões com senadores para o convencimento da importância de regular o comércio de medicamentos e ações junto a laboratórios e *droguerías* para venda exclusivamente em farmácias.<sup>629</sup>

A recém-formada Rede Nacional de Farmácias agregou força à luta pela regulamentação do mercado de medicamentos e nas outras demandas encampadas pelos farmacêuticos. O primeiro trimestre do ano de 2009, foi marcado por uma série de reuniões com as câmaras da indústria farmacêutica, laboratórios, *droguerías* e obras sociais. Diante da falta de resposta da ministra Graciela Ocaña, as instituições farmacêuticas encaminham uma nota pública à ministra expressando seu apoio e chamando a atenção para o mercado ilegítimo de medicamentos. Solicita, ainda, seu apoio na luta para aprovação do projeto que garante exclusividade das farmácias no comércio de medicamentos argumentando que a lei era fundamental para ordenar o mercado de medicamentos, “*consecuencia del decreto Nro. 2284/91 del Dr. Cavallo, el cual desreguló la venta del medicamento permitiendo que los mismos se expendan en cualquier tipo de comercio*”.<sup>630</sup> Terminava por colocar à disposição da ministra sua rede com cerca de 15 mil farmácias que poderiam lhe ajudar no combate a *Influenza A*, ressaltando que as farmácias eram um ponto de entrada para muitas pessoas, sobretudo os mais humildes. Em virtude da nota, em 09 de março de 2009, a ministra concedeu audiência aos representantes das instituições, porém sem grandes desdobramentos.<sup>631</sup>

Embora as ações da Rede Nacional de Farmácias já estivessem ocorrendo a todo vapor, o lançamento oficial da aliança só ocorreu em 18 de março de 2009, durante evento que contou com a presença de destacados catedráticos da ciência farmacêutica na Argentina, lideranças de instituições de representação de profissionais da equipe de saúde, de *droguerías*, presidentes da CILFA e COOPERALA, representantes de

---

<sup>629</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 87, jan/fev, 2009. p. 6.

<sup>630</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 8.

<sup>631</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 12.

laboratórios e senadores.<sup>632</sup> A ampla gama de aliados reunidos pela Rede Nacional de Farmácias não impediu que houvessem dissidências, o laboratório Glaxo SmithKline não reconheceu a farmácia como legítima aplicadora da vacina antigripal distribuída aos beneficiários PAMI, outros laboratórios ignoravam as reivindicações dos farmacêuticos e continuavam a fornecer medicamentos ao canal K.<sup>633</sup> A reação veio em seguida pois, o editorial do *Correo Farmacéutico* de maio de 2009 chama os farmacêuticos a se organizarem e boicotar produtos de laboratórios que abasteçam canais de risco e que não reconheçam o papel sanitário dos farmacêuticos.<sup>634</sup> Aqueles laboratórios que renunciaram a venda de medicamentos fora das farmácias, mesmo antes da aprovação da legislação, fecharam um acordo com as instituições de farmacêuticos e criaram uma ferramenta de compras *on line* com ofertas de medicamentos. O chamado *Ofertas.Farmacia*, iniciou com os laboratórios Phenix, Ivax e grupo Sanofi Avantis División OTC e foi divulgado pela COFA como uma oportunidade para as farmácias premiarem aqueles que lhes valorizavam e conseguir medicamentos com menor preço.<sup>635</sup>

Embora as relações estabelecidas pela COFA no âmbito das instituições de representação tenham sido mais intensas e decisivas com aquelas que representavam outros interesses relacionados às farmácias comunitárias; Federação de Câmaras de Farmácia (FACAF) representando o segmento patronal e Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA) representando farmácias pertencentes a entidades sem fins lucrativos, e ainda a Federação Argentina de Trabalhadores de Farmácias (FATFA) representando os trabalhadores, a Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFyBI) no caso dos farmacêuticos da indústria e também a Associação Argentina de Farmacêuticos de Hospital (AAFH), as alianças construídas com entidades de representação dos demais membros de equipe de saúde foram fundamentais para eliminar as barreiras na aprovação da legislação que regulamentou o mercado de medicamentos e sensibilizar atores menos dispostos a ouvir os farmacêuticos.

Essas relações adquirem especial importância com a Confederação Médica da República Argentina (COMRA),<sup>636</sup> entidade de representação dos médicos, categoria que

---

<sup>632</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 89, abr, 2009. p. 10.

<sup>633</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 12.

<sup>634</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009. p. 4.

<sup>635</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009. p. 6.

<sup>636</sup> Confederação Médica da República Argentina é uma entidade gremial que atua pelos direitos profissionais de médicos no âmbito público e privado em todo o território argentino. Fonte:

dispõe de grande poder na agenda de saúde. Apesar da política de desregulação econômica ter produzido um modelo com baixo nível de normatização na dispensa de medicamentos na Argentina, a categoria de médicos do país não aderiu a um modelo semelhante aquele experimentado nos países asiáticos, onde o consultório médico disputa com a farmácia na dispensação de medicamentos. Embora não tenhamos encontrado fôlego para buscar a documentação produzida pelas instituições de representação dos médicos argentinos, dados os limites que uma dissertação de mestrado nos impõe, podemos postular que a não adesão dos médicos ao modelo asiático (onde o consultório realiza a prescrição e fornece a medicação) possa ter sido influenciada pelos constantes escândalos envolvendo medicamentos falsificados, casos sempre explorados pela COFA e creditados ao decreto nº 2.284. Deste modo, a adesão dos médicos a coalisão pode ser tomada como um esforço da categoria dos médicos, no sentido de reforçar a garantia de procedência dos medicamentos receitados e uma mostra, talvez, do prestígio que a causa da regulação do mercado de medicamentos adquiriu na sociedade, fazendo com que médicos evitassem disputar a confiança dos pacientes ao fornecer a medicação em seus consultórios. Assim, quando o projeto de lei que regulamentou o comércio de medicamentos entrou na pauta do congresso argentino a COMRA prestou um apoio decisivo aos farmacêuticos. Jorge Coronel, presidente da Comissão de Medicamentos COMRA, passou a escrever artigos publicados no *Correo Farmacéutico* denunciando os riscos de medicamentos falsificados<sup>637</sup> e, no que diz respeito à proposta de regulamentação do comércio de medicamentos, enfatizando a necessidade de estabelecer regras para o mercado de medicamentos.<sup>638</sup>

O ingresso dos médicos na coalizão construída pela COFA foi importante na construção do consenso sobre a regulação do comércio de medicamentos, devido à capacidade dos médicos de sensibilizar atores não tão receptivos aos reclames dos farmacêuticos. Assim, a COMRA reuniu em 13 de agosto de 2009, as entidades representativas dos profissionais de saúde em um agrupamento chamado Conselho Interconfederal para a Saúde. O dito conselho foi composto pela Confederação Médica Argentina (COMRA), Confederação Odontológica da República Argentina (CORA), Confederação Unificada de Bioquímicos (CUBRA) e a Confederação de Clínicas e

---

**Institucional.** Disponível em: <<http://www.comra.org.ar/institucional/historia>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>637</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 12.

<sup>638</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 71, jun, 2007. p. 8.

Sanatórios (CONFELISA), na pauta estava a criação de um centro de estudos para centralizar a informação do setor, a elaboração conjunta de um projeto de saúde e a preparação de uma proposta para futuras eleições presidenciais. Foi construído ainda, um consenso na participação do corpo consultivo do Conselho Federal de Legisladores de Saúde (COFELESA), organismo do Ministério da Saúde encarregado de tratar da legislação e das políticas de saúde em nível provincial e nacional, na defesa do projeto de lei que recuperava a exclusividade das farmácias no comércio de medicamentos.<sup>639</sup> No mesmo sentido, a Associação Médica Argentina (AMA)<sup>640</sup> realizou o 5º Encontro Nacional sobre Políticas de Medicamentos nos dias 26 e 27 de agosto de 2009, contando com debates entre representantes da COFA e da CAMPEVeL, além da participação de representantes das câmaras da indústria farmacêutica.<sup>641</sup>

Através desses debates foi construído um amplo consenso entre as instituições de representação dos membros da equipe de saúde e de diversos agentes do mercado de medicamentos, sobre a importância de estabelecer regras para a circulação de medicamentos no país e autoridade do farmacêutico no fornecimento da medicação. Aqui cabe ressaltar, o destacado papel de docentes de várias universidades argentinas que foram críticos à desregulação no mercado de medicamentos, alguns deles ainda na década de 1990. Nesse momento, esses catedráticos forneceram o suporte técnico e realizaram a Jornada de Rastreabilidade que, em 07 de outubro de 2009, reuniu mais de cem *experts* e atores do setor de produção, distribuição e dispensa de medicamentos debatendo sobre ações para enfrentar o circuito de distribuição de medicamentos ilegítimos e a criação de mecanismos para o controle da circulação de medicamentos.<sup>642</sup> A essa altura já estávamos às vésperas da aprovação do projeto de lei defendido pela COFA, a presença das entidades que formaram a Rede Nacional de Farmácias (COFA, FACAF e AFMySRA) e das principais câmaras farmacêuticas que representam a indústria (CAEMe, CILFA e COOPERALA), nos aponta para uma maior capacidade dos médicos em criar consensos junto a indústria farmacêutica e sugere que já havia uma previsão de que a aprovação do projeto de lei regulamentando o comércio era iminente.

---

<sup>639</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 26.

<sup>640</sup> A Associação Médica Argentina (AMA) foi fundada no final do século XIX representa médicos de diversas especialidades e possui uma forte vinculação com ensino e pesquisa na área de saúde prestando cursos de graduação e mantendo programa de educação continuada em medicina. Fonte: **Institucional**. Disponível em: < <https://www.ama-med.org.ar/page/Institucional-Historia>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>641</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 22.

<sup>642</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, nov, 2009. p. 26.

O ingresso dos médicos à coalizão formada pela COFA para a revisão do decreto nº 2.284/91, foi fundamental para criar consenso frente aos laboratórios mais resistentes e suas câmaras. Porém, a forma como se estabeleceu o circuito de medicamentos foi definida pela inclusão das *droguerias* nesse processo. Para compreensão do contexto de inclusão das *droguerias* nos debates sobre a regulamentação do comércio de medicamentos, vale lembrar que ao longo da década de 1990 esses agentes encontraram dificuldades de se posicionar no mercado de medicamentos frente o avanço das distribuidoras de medicamentos e o crescente aumento da participação dos laboratórios na distribuição de seus produtos. Deste modo, muitas *droguerias* se especializaram na logística de medicamentos para terapias específicas, mas ainda assim amargavam uma significativa perda de espaço no mercado.<sup>643</sup>

Em outubro de 2006, o governo argentino estabelece um acordo com a Associação de Distribuidoras de Especialidades Mediciniais (ADEM)<sup>644</sup> e a Associação de *Droguerias* Distribuidoras Integrais Farmacêuticas (ADDIF), principais câmaras de representação das *droguerias*, para manutenção dos preços de um variado grupo de medicamentos até dezembro de 2007.<sup>645</sup> Em junho de 2007, o Observatório de Saúde, Medicamentos e Sociedade, pertencente a COFA, dava conta do crescimento das vendas dos laboratórios para o mercado interno na ordem de 33,44% (em pesos) durante o primeiro trimestre do ano. As causas atribuídas a esse crescimento eram o aumento de preços, aumento das vendas em unidades e a incorporação de novos produtos.<sup>646</sup> Em virtude dessa situação, as *droguerias* passaram a enfrentar problemas de rentabilidade e reduziram os descontos repassados às farmácias. O editorial do *Correo Farmacéutico* de agosto de 2007 imputava a redução dos descontos a competição desenfreada e desregrada. Nesta ocasião, a COFA procurou estabelecer contato com as câmaras de *droguerias* para angariar apoio na luta pela aprovação do projeto de lei que garantiria a exclusividade das farmácias.

Aqui surgiram dois comportamentos distintos. A ADDIF se nega a assumir um posicionamento alegando que a decisão seria exclusiva de cada *drogueria*, por outro lado, a ADEM realiza encontros com a diretoria COFA e passa a assumir publicamente a defesa

---

<sup>643</sup> BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica**. Ano 1, nº 2, out, 2008.

<sup>644</sup> A entidade foi fundada em 1990 passou por perdas de associados devido a aquisição por parte de laboratórios. A partir de 2005 recuperou parte de seu poder representando de 30 sócios ativos que respondiam por cerca de 30% do mercado de medicamentos. Fonte: **Nossa História**. Disponível em:< <http://www.adem.org.ar/historia.html>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>645</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 10.

<sup>646</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 71, jun, 2007. p. 24.

da exclusividade do canal farmacêutico. Em agosto de 2007, Alberto Galache, presidente da ADEM, defende a reorganização das regras pois, segundo ele, nem *droguerias* nem farmácias teriam condições de serem variáveis de ajuste do mercado de medicamentos e garantir preços e descontos, sobretudo para clientes corporativos como obras sociais e pré-pagas. A inclusão da ADEM na coalizão de defesa do canal farmacêutico fez com que a COFA defendesse um modelo em que houvesse um intermediário entre as farmácias e os laboratórios. Surge então a forma do circuito de medicamentos proposto pela COFA, a saber; laboratórios, *droguerias*, farmácias, pacientes.<sup>647</sup> Assim, a ADEM se converteu em uma presença constante nos debates estabelecidos pela COFA na defesa do circuito de medicamentos e na revisão de acordos com obras sociais e a indústria farmacêutica.<sup>648</sup>

Ainda sobre a participação das *droguerias* nesse processo, importa-nos registrar que não encontramos disponível na internet o endereço virtual da ADDIF, apenas diversas citações, inclusive em sites do governo e do parlamento argentino, que confirmam sua existência. Desse modo, postulamos que a instituição tenha como foco a representação de *droguerias* e distribuidoras pertencentes aos laboratórios farmacêuticos que buscaram ocupar maior espaço na cadeia de distribuição de medicamentos. Assim, não lhes interessaria intervir no debate sobre a defesa do canal farmacêutico, devido ao fato de seus representados possuírem *portfólio* voltado para produtos de alta complexidade que já não estariam disponíveis no canal K e que dependeriam da importação de princípios ativos (algo que poderia ser afetado com alterações no decreto nº 2.284/91, uma vez que ele facilitou esse fluxo de mercadorias), ou por contar com afiliados ligados a produção de medicamentos de venda livre que poderiam experimentar redução em suas margens de lucro.

Por fim, após analisada a participação do governo, da burocracia estatal, das províncias, instituições farmacêuticas, dos membros da equipe de saúde, da indústria e das *droguerias*, analisaremos como essa ampla coalizão se relacionou com o parlamento argentino, ente que tornou realidade o projeto de lei construído ao longo de todo esse processo. Como vimos, desde que foi aprovada a legislação de genéricos na Argentina, em 2002, iniciou-se um movimento protagonizado pela COFA no sentido de fortalecer a atenção farmacêutica e recuperar a exclusividade do canal farmacêutico. No entanto, os

---

<sup>647</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007. p. 11.

<sup>648</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 74, set, 2007. p. 6.; Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 81, jun, 2008. p. 4.; Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009. p. 12.

debates ocorridos no interior das arenas criadas e as relações estabelecidas pela COFA levam um tempo significativo até que se construa um projeto de lei consensuado.

Deste modo, as relações entre a COFA e o parlamento nacional irão se iniciar apenas agosto de 2006, ocasião em que o parlamento argentino organizou um evento para debate sobre a proposta de inclusão de medicamentos fitoterápicos nos serviços de saúde pública. O debate contou com a presença do presidente da Comissão de Ação Social e Saúde Pública da Câmara dos Deputados Juan Sylvestre Begnis<sup>649</sup> e da Vice-Presidente da Comissão de Saúde Pública e Desporto do Senado Haide Delia Giri,<sup>650</sup> entre outros parlamentares, autoridades do governo e representantes de atores da agenda de saúde. Representando a COFA, o farmacêutico Pablo McCormarck expôs painel chamado: “O Papel do Farmacêutico na Atenção Primária da Saúde com Plantas Medicinais”.<sup>651</sup> Em outubro do mesmo ano, o XVII Congresso Farmacêutico Argentino, evento que foi declarado de interesse legislativo pelo parlamento, contou com a presença dos deputados Juan Sylvestre Begnis e Fabiana Ríos<sup>652</sup> que se posicionaram em favor da regulamentação do comércio de medicamentos.<sup>653</sup>

No início de 2007, logo após a aprovação da lei que estipulou um regime de controle de produtos fitossanitários, o deputado Juan Sylvestre Begnis deu entrada no congresso nacional argentino com um novo projeto de lei que revogava o artigo 14 do decreto nº 2.284/91, artigo que autorizava o comércio de medicamentos de venda livre fora das farmácias. A reação da COFA foi imediata, convocando seus afiliados e acionando a rede criada para reivindicar a aprovação de legislações provinciais de modo

---

<sup>649</sup> Juan Héctor Sylvestre Begnis, foi médico oncologista e sanitarista, foi administrador de hospitais, interventor do Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS), ministro da saúde na província de Santa Fé. Em 2005 foi eleito deputado nacional pela União Cívica Radical (UCR) e, posteriormente, presidente da comissão dedicada à saúde. No cargo foi responsável pela criação do Conselho Federal Legislativo de Saúde (Co.Fe.Le.Sa.), organismo de discussão e consenso sobre políticas sanitárias reunindo legisladores provinciais e o Ministério da Saúde da Nação. Fonte: **Juan Hector Begnis**. <[http://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1018%3Ala-partida-doctor-juan-hector-sylvestre-begnis&catid=331%3Aarg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=508](http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1018%3Ala-partida-doctor-juan-hector-sylvestre-begnis&catid=331%3Aarg01-desarrollo-de-politicassistemas-y-servicios&Itemid=508)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>650</sup> Haide Delia Giri foi senadora pelo Partido Justicialista no período de 2003 à 2009. Fonte: **Senadores**. <<http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/legisyAuto/Senadores%20hasta%2010-12-09%20x%20distrito.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>651</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006. p. 15.

<sup>652</sup> Fabiana Ríos é farmacêutica, foi deputada nacional, em 2007 é eleita governadora da província Tierra del Fuego. Sua filiação partidária é da Coalición Cívica ARI - Afirmación para uma República Igualitaria. Fonte: Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007.

<sup>653</sup> Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 66, nov/dez, 2006. p. 17.

a pressionar os deputados federais.<sup>654</sup> Concomitantemente, um grupo de deputados ligados a partidos de menor expressão apresenta projeto de lei que busca proibir a venda de medicamentos no varejo por operadoras comerciais, tais como *droguerías* e laboratórios, restringindo apenas às farmácias habilitadas.<sup>655</sup> A COFA noticia o fato, manifesta apoio, porém não emprega energias e nem mesmo se propõe a debater o projeto concorrente. Já a inclusão do projeto de lei relacionado ao decreto nº 2.284/91 na pauta do congresso argentino movimentou os atores, a partir daí a tramitação do projeto de lei vai conferir ritmo às ações da coalizão encabeçada pela COFA.

O ambiente favorável à maior intervenção do Estado em assuntos estratégicos e a construção de fóruns para a participação da sociedade civil organizada chegaram ao parlamento argentino. Em setembro do ano de 2007, o *Correo Farmacéutico* publica entrevista com a deputada Graciela Zulema Rosso,<sup>656</sup> que anuncia os principais pontos da proposta de Lei da Saúde, defende a necessidade de regular a produção estratégica de medicamentos e o acolhimento da proposta construída no âmbito do Conselho Federal de Saúde quanto a regulação da venda de medicamentos.<sup>657</sup> O clima favorável à revisão do decreto de desregulação cresce e, em 25 de fevereiro de 2008, o *Defensor del Pueblo de la Nación*,<sup>658</sup> Eduardo Mondino<sup>659</sup> apresenta a resolução nº 19/2008 que “*estima de vital importancia que se excluya la venta al público de medicamentos fuera de la farmacia*”. Assim, recomenda a elaboração de norma que regule a venda de medicamentos recuperando a exclusividade da farmácia como forma de fortalecer a ANMAT, adverte ainda que não existe controle sobre amostras grátis nem sobre medicamentos fornecidos

---

<sup>654</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 4.

<sup>655</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XV, nº 68, mar, 2007. p. 27.

<sup>656</sup> Graciela Zulema Rosso é médica traumatologista e sanitária, fez carreira na administração pública de saúde na província de Buenos Aires, a partir de 2000 ocupou diversos cargos no Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP) relacionados ao Programa de Atenção Médica Integral (PAMI). Em 2003 passou a exercer funções no Ministério da Saúde e em 2005 foi eleita deputada federal pela Frente Para a Vitória aliada ao Partido Justicialista. Fonte: *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 74, set, 2007.

<sup>657</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVI, nº 74, set, 2007. p. 15.

<sup>658</sup> O *Defensor del Pueblo de la Nación* é um órgão independente instituído no âmbito do congresso nacional que atua com independência funcional sem receber instruções de qualquer autoridade. Foi instituído na Argentina durante a reforma constitucional de 1994, segundo o art. 86 da Constituição Argentina, o ocupante do cargo deve ser eleito com um terço dos votos na câmara e no senado para um mandato de 5 anos podendo ser reconduzido ao cargo apenas uma vez. Fonte: <<http://www.dpn.gob.ar/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>659</sup> Eduardo Mondino é filiado ao Partido Justicialista e ocupou o cargo de *Defensor del Pueblo de la Nación* desde o ano 2000 até 2009 quando renunciou ao final de seu segundo mandato para se candidatar ao governo da província de Córdoba. Fonte: <<http://www.infobae.com/2009/04/06/440698-mondino-renuncio-la-defensoria-del-pueblo-ser-candidato/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

por obras sociais e pré-pagas. A forma recomendada na resolução para o circuito de medicamentos é aquela definida pela coalizão, que define o fluxo da cadeia em laboratórios, *droguerias*, farmácias e paciente.<sup>660</sup>

Em 7 de maio de 2008, o projeto foi aprovado pela Câmara de Deputados e encaminhado para o Senado que de imediato ratificou seu ditame. A COFA passa a chamar a atenção de seus afiliados sobre a importância de se manterem mobilizados e reforçar a campanha de coleta de assinaturas em apoio ao projeto de lei, uma vez que estariam às portas de conseguir a regulamentação.<sup>661</sup> O projeto tramita pelas comissões do Senado, após os escândalos envolvendo o triplo assassinato de empresários ligados a obras sociais e a revelação de uma rede de falsificação de medicamentos. As campanhas de mídia da COFA passam a surtir maior efeito na pressão sobre os senadores e o projeto é encaminhado para votação no plenário da casa legislativa em agosto de 2008.<sup>662</sup> Em outubro de 2008, a então presidenta da Comissão de Saúde e Desporto do Senado Haide Delia Giri concede entrevista ao *Correo Farmacéutico*, que foi veiculada em diversos jornais privados, afirmando a importância da aprovação do projeto de lei para impulsionar o controle de medicamentos e combater o mercado ilegal.<sup>663</sup>

Mesmo com todo esforço da COFA nas denúncias sobre medicamentos ilegítimos e os riscos à saúde pública, o projeto de lei experimentou um período de ostracismo no plenário do Senado. Em julho de 2009, Juan Manzur, considerado pela COFA como um legítimo sucessor para Ginés González García, chega ao Ministério da Saúde e sua defesa pública da farmácia como único canal de dispensa de medicamentos, marcando uma retomada dos trabalhos no legislativo.<sup>664</sup> Em 29 de agosto, a comissão de saúde aprovou o projeto de lei por unanimidade, a derrogação do decreto nº 2.284/91 passaria agora para a votação em plenário do Senado. O clima volta a ser favorável aos farmacêuticos, em 30 de setembro, o Conselho Federal de Saúde (CO.FE.SA.) aprova uma lista de especialidades ampliando o limite de atuação de farmacêuticos nas diversas áreas farmácia comunitária, hospitalar, biofarmácia, industrial, farmácia sanitária e legal. Os requisitos para a atuação dentro das novas especialidades e revalidação foram definidos pela resolução nº 231/09.<sup>665</sup> Na mesma data, um grupo de deputados apresentou um

---

<sup>660</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVII, nº 78, mar, 2008. p. 7.

<sup>661</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVII, nº 80, mai, 2008. p. 6.

<sup>662</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVII, nº 83, ago, 2008. p. 4.

<sup>663</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVII, nº 85, out, 2008. p. 9.

<sup>664</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 94, set, 2009. p. 6.

<sup>665</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XVIII, nº 96, Nov, 2009. p. 6.

projeto de lei para regulação dos preços de todos os produtos farmacêuticos,<sup>666</sup> uma antiga bandeira da COFA que também surgiu dos efeitos do decreto nº 2.284/91.<sup>667</sup>

No editorial do *Correo Farmacéutico* de outubro de 2009, a COFA manifesta sua confiança de que o projeto seria colocado em votação, lembrando que a lei deveria ser complementada com a rastreabilidade dos medicamentos para garantir o respeito à cadeia de comércio. Ainda segundo a COFA, a aprovação do projeto não deveria ser vista como um ponto final, e sim, como o início de um novo tempo onde os farmacêuticos teriam reafirmadas as suas responsabilidades como agentes sanitários em uma farmácia-centro de saúde, dando alento a uma sociedade que enxergava no farmacêutico o único capaz de garantir um medicamento confiável.<sup>668</sup> Em 25 de novembro de 2009, a proposta de revogação do decreto de desregulação foi aprovada por unanimidade pelos 51 senadores presentes na sessão, colocando fim ao decreto nº 2.284/91 para o mercado de medicamentos e devolvendo a dispensa de medicamentos exclusivamente em farmácias.<sup>669</sup>

Em dezembro de 2009, a COFA publicou uma edição Especial do *Correo Farmacéutico* dedicada à vitória na aprovação da lei nº 26.567/09 que recuperou e exclusividade de canal farmacêutico na dispensa de medicamentos. No editorial afirma que naquela data os farmacêuticos superavam uma “*página negra que en la década del ‘90 escribió un oscuro ministro de Economía [...] Domingo Cavallo firmó el Decreto 2284, que generó un nefasto proceso de distorsión del mercado de medicamentos*”.<sup>670</sup> A instituição responsabilizava o grande capital privado pela desregulação que, segundo ela, não se preocupou com o risco à saúde da população. Ao longo de duas décadas seus empreendimentos no sentido de corrigir essas distorções do mercado de medicamentos, ainda segundo a COFA, sempre teriam sido vencidos por poderosos interesses econômicos que se aproveitavam da grande variedade de canais de venda para lucrar também com a venda de medicamentos éticos em estabelecimentos não habilitados.

Ainda sobre a edição especial, diversos assessores, membros da diretoria, presidentes de colégios farmacêuticos provinciais e especialistas de universidades

---

<sup>666</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, Nov, 2009. p. 31.

<sup>667</sup> Na Argentina os preços de medicamentos estiveram regulados desde a lei nº 16.463. ARGENTINA. Lei nº 16.463, de 04 de agosto de 1964. **Ley de Medicamentos**. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20414/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

<sup>668</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009. p. 4.

<sup>669</sup> Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 97, dez, 2009. p. 4.

<sup>670</sup> Correo Farmacéutico. Ano XIX, Ed. Especial, dez, 2009. p. 6.

argentinas apresentaram artigos enaltecendo o valor das instituições farmacêuticas na busca pela revisão do decreto de desregulação, apontando os próximos passos e a redefinição do papel do farmacêutico, no sentido de estreitar seus laços com o poder público e com demais membros da equipe de saúde para reconhecimento de seu papel sanitário, além do reforço das estruturas acadêmicas no sentido da atenção farmacêutica e educação continuada. Além disso, foram levantados os exemplos das províncias onde já havia legislação provincial regulamentando o mercado, notadamente o caso de Córdoba, onde esse processo já se encontrava mais avançado e com estruturas governamentais encarregadas de fiscalizar o comércio em estabelecimentos não habilitados. A contribuição do presidente da comissão de saúde da câmara de deputados, Dr. Juan Sylvestre Begnis, também foi lembrada, juntamente com o empenho da Senadora Haide Delia Giri, presidente da comissão de saúde do senado, a quem foi enviada uma saudação acompanhada de uma carta de compromissos. Além disso, foram publicadas diversas cartas dos atores envolvidos na coalizão e de instituições farmacêuticas internacionais parabenizando a COFA pela conquista.<sup>671</sup>

Nas edições seguintes do *Correo Farmacéutico*, a regulação do comércio de medicamentos continuou sendo tema de destaque e foram organizadas diversas Jornadas pela Aplicação da Lei nº 26.567/09. Também prosseguiram trabalhos da mesa conjunta formada pela COFA, FACAFA e AFMySRA que passaram a se concentrar nas licitações de vacinação do PAMI. As batalhas por legislações provinciais que fortaleçam os farmacêuticos também continuaram recebendo destaque, assim como matérias sobre atenção farmacêutica e promoção de cursos de capacitação.<sup>672</sup> Porém, o que nos chama mais a atenção são as denúncias da continuidade da venda de medicamentos em estabelecimentos não habilitados em virtude da ação da União de Kiosqueros da República Argentina (UKRA), que argumentava não haver ainda regulamentação da lei. Juan Sylvestre Begnis, deputado que assina a autoria da lei, negou a necessidade de regulamentação. Na sequência, a COFA começa a formar alianças para isolar laboratórios e *droguerías* que vendessem medicamentos aos estabelecimentos não habilitados, também para criar mecanismos de sanção.<sup>673</sup> No entanto, essas novas disputas e coalizões pela expansão da área de atuação do farmacêutico e aplicação da lei nº 26.567/09 apresentaram uma nova dinâmica que foge ao proposto pelo presente trabalho.

---

<sup>671</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIX, Ed. Especial, dez, 2009.

<sup>672</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIX, nº 100, abr, 2010.

<sup>673</sup> *Correo Farmacéutico*. Ano XIX, nº 101, mai, 2010.

### **3.4. Síntese.**

O Menemismo, presente na Argentina da década de 1990, representa a mais recente onda neoliberal que se abateu sobre o país. Contou com acumulação de movimentos anteriores no sentido de introduzir práticas liberalizantes, potencializados pelos efeitos do Consenso de Washington, que fez do governo Menem a experiência mais pujante na aplicação dessas políticas. Sob os efeitos do decreto nº 2.284/91 e demais políticas, verificou-se um incentivo a entrada de laboratórios estrangeiros e a acentuação da característica de concentração de capitais, própria da indústria farmacêutica naquele momento histórico. Na saúde, o menemismo enxugou a máquina estatal extinguindo ou unificando organismos que muitas vezes se sobrepunham, implantou práticas de mercado nos serviços de saúde e favoreceu o desenvolvimento da iniciativa privada. No mercado de medicamentos, aplicou sua desregulação almejando com que a competição garantisse preços acessíveis aos consumidores. No entanto, a elevação dos preços provocada pela indústria fez com que farmacêuticos tivessem suas margens de lucro reduzidas e acabassem por cumprir o papel de variável de ajuste no mercado.

Após o fim do ciclo menemista (que aqui incluímos os governos de curta duração até a chegada de Eduardo Duhalde que inicia o rompimento que foi aprofundado por Nestor Kirchner), o Estado argentino volta a buscar seu papel na construção de consensos e na aplicação de políticas de ajuste das distorções de mercado. Com isso, os farmacêuticos são reposicionados no quadro de distribuição de poder e passam a se integrar de forma mais orgânica à equipe de saúde, a se relacionar com um leque cada vez mais amplo de atores e organismos estatais. Em um ambiente institucional favorável a intervenção de Estado e a regulamentações sobre a atuação dos agentes econômicos, criam-se as condições para que os farmacêuticos formem uma ampla coalizão visando rever alterações no mercado de medicamentos introduzidas pelo menemismo.

Assim, nas alianças formadas pelos farmacêuticos, cada um dos atores cumpre uma função específica e todos contribuem, em maior ou menor escala, para a forma proposta para o circuito de comércio de medicamentos. No governo, o apoio político se deu pelo Ministério da Saúde, um apoio determinante dado o poder deste ator sobre os demais. Basta observar, que a pauta da regulação do comércio de medicamentos só avançou significativamente quando houve o apoio explícito do ministério nas gestões de Ginés González García e Juan Manzur. Cabe destacar ainda, a importância do Conselho Federal de Saúde (COFESA), revitalizado pelo Ministério da Saúde, que fez valer seu

papel de arena na aproximação entre os atores e na construção de consensos sobre políticas de saúde.

Na burocracia estatal, onde a influência do governo é fundamental, o apoio veio dos organismos de vigilância sanitária, com a Administração Nacional de Medicamentos Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) e o Instituto Nacional de Medicamentos (INAMe), bem como órgãos de fiscalização e controle, a superintendência de Serviços de Saúde (SSS) que prestaram apoio técnico e atuavam para coibir os desvios no mercado dentro das regras estabelecidas, seja por agentes do mercado de medicamentos ou por agentes de serviços de saúde. Ainda na administração pública, o Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP), por meio de seu Programa de Assistência Médica Integral (PAMI), cumpriu um papel determinante ao fornecer incentivos ao desenvolvimento da atenção farmacêutica e reformular seus contratos concedendo maior poder aos farmacêuticos, servindo de paradigma para acordos com outros clientes corporativos, de modo a recuperar a rentabilidade do negócio farmacêutico.

O ganho de poder e recuperação da rentabilidade, foi o elemento de coesão entre a COFA e as demais instituições de representação dos interesses farmacêuticos, notadamente, a Federação de Câmaras de Farmácias (FACAF) e a Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA), e em menor grau a Federação Argentina de Trabalhadores de Farmácias (FATFA), a Associação Argentina de Farmácia e Bioquímica Industrial (SAFYBI) e a Associação Argentina de Farmacêuticos Hospitalares (AAFH).

A inclusão outros atores da equipe de saúde, especialmente médicos, mas também odontólogos, além de bioquímicos e o empresariado ligado a clínicas e hospitais privados, cumpriu a função de criar consenso frente aos atores mais resistentes da indústria. Já as *droguerias*, foram recrutadas devido a seu papel destacado na cadeia de distribuição de medicamentos e suas dificuldades de reinserção no mercado de medicamentos desregulado. Seu apoio ao projeto de lei fortalece a coalizão e acaba por garantir sua presença no circuito de medicamentos. Já no parlamento, os farmacêuticos encontraram o apoio de importantes lideranças, como os presidentes das comissões relacionadas à saúde tanto na Câmara de Deputados como no Senado Nacional, que garantiram a permanência do projeto na pauta e o avanço dos debates pertinentes, mas também de lideranças entre as principais forças políticas argentinas como o Partido Justicialista e a

União Cívica Radical, este último, principal partido de oposição. São esses os atores responsáveis pela materialização da lei nº 26.567/09, tão buscada pelos farmacêuticos.

### **3 . Conclusão.**

Nas linhas que seguiram analisamos o desenvolvimento da profissão de farmacêuticos e sua atuação no interior dos diversos modelos de sistemas de saúde, analisamos também, o desenvolvimento da profissão, suas características fundamentais e processos pelos quais a categoria reformulou sua atuação, o estado de sua prática em diversos países com realidades diferentes. Verificamos ainda, como se desdobram suas relações históricas com médicos e com a indústria. Acreditamos que dessa forma, auxiliamos a compreender os elementos constitutivos da formação de preferências e escolhas desse ator, bem como definir seu lugar no sistema de serviços de saúde e no mercado de medicamentos.

No que tange a presença dos farmacêuticos na Argentina, analisamos a trajetória política e econômica do país desde o início do século XX (observando estudos da historiografia do país), o desenvolvimento do sistema de serviços de saúde, estabelecemos um quadro da configuração atual do sistema de serviços de saúde identificando seus principais atores e suas atribuições, do mesmo modo, elencamos os atores da agenda de saúde e suas respectivas instituições de representação, no mercado de medicamentos do país foram levantados dados sobre seus atores, suas atribuições, instituições de representação, bem como as relações que estabelecem entre si. Além de estabelecermos uma análise dos marcos regulatórios que se relacionam com nosso objeto de estudo. Acreditamos que, deste modo, poderemos compreender melhor não só as dependências que a trajetória argentina impõe, as preferências e escolhas dos atores, especialmente os farmacêuticos, mas também estamos reunindo informações que se encontram dissipadas em diversos estudos e que são de essenciais para estudos sobre a relação desenvolvida pelos atores da agenda de saúde e do mercado de medicamentos naquele país (esses últimos de escassa produção acadêmica).

No terceiro capítulo, nos concentramos nas últimas décadas da política econômica argentina e nas respostas dos farmacêuticos. Para tal, elaboramos um breve debate sobre o conceito de menemismo e suas implicações na seguridade social, na indústria farmacêutica, no sistema de serviços de saúde e na atuação dos farmacêuticos. Feito isso, observamos como reagiram os farmacêuticos à desregulação econômica e quais eram as suas condições de ação na busca pela revisão do decreto nº 2.284/91. A fim de identificar o comportamento assumido pelos farmacêuticos ao fim do período menemista, investigamos como a Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) avaliou temas

importantes que emergiram na agenda de saúde e no mercado de medicamentos a partir da chegada de Eduardo Duhalde à presidência em 2002, são eles: sistema de patentes, debates sobre o modelo de sistema de saúde, financiamento do setor e programas de acesso à saúde promovidos pelo governo. Além disso, avaliamos como se posicionavam os farmacêuticos em relação as obras sociais e pré-pagas (planos de saúde), bem como a indústria. Nesse momento, buscávamos identificar a percepção dos farmacêuticos diante dos temas em voga, compreender qual seu posicionamento no momento de mudança no quadro institucional do país e como se relacionou com atores e agendas de relevância naquele momento. Após isso, diante das mudanças na condução da política econômica e o maior empenho do Estado argentino em construir políticas de acesso à saúde, que reposicionaram os farmacêuticos no quadro de distribuição de poder entre os atores da saúde, passamos a identificar os atores envolvidos nos debates sobre a revisão da desregulação econômica. Qualificamos esses atores em três grupos principais, sendo os aliados permanentes, aqueles que desde o princípio estiveram favoráveis a regulação do mercado de medicamentos; os aliados eventuais, aqueles que foram sendo convencidos ao longo do processo; e os opositores.

A partir daí, desvendamos como se deram as estratégias e as linhas de ação dos farmacêuticos diante de uma nova realidade, com a mudança na condução das políticas com vistas substituição do paradigma neoliberal por uma nova fórmula que recuperava a macroeconomia keynesiana e a teoria econômica do desenvolvimentismo, porém aceitando os constrangimentos do mundo globalizado, tal estratégia de desenvolvimento nacional se convencionou chamar Novo Desenvolvimentismo. Isso nos revelou como tal mudança de paradigma foi capaz de reposicionar os farmacêuticos no quadro de distribuição de poder e recuperar progressivamente a rentabilidade de seu negócio. Avaliamos também como se deram as alianças entre os farmacêuticos organizados pela Confederação Farmacêutica Argentina (COFA) e o governo, a burocracia estatal, demais instituições de representação de interesses farmacêuticos, membros da equipe de saúde, acadêmicos, instituições de representação da indústria, atores do mercado de medicamentos e as relações no âmbito do parlamento. Acreditamos que, desse modo, tenhamos reunido elementos capazes de corroborar a tese do enfraquecimento das políticas neoliberais e, ao menos no que se refere a agenda de saúde e o mercado de medicamentos, definir como esse processo influenciou na disposição de poder entre os atores dessas agendas. Além disso, forneceu subsídios para compreender o novo perfil assumido pelos farmacêuticos nessa última fase.

Os sistemas de saúde sofrem uma influência direta do modelo de Estado de bem-estar social adotado no país. Após a crise do Estado Social na década de 1970, a atenção primária da saúde adquiriu um significativo impulso, com isso, abriu-se uma janela de oportunidade para a reformulação da atuação dos farmacêuticos. Pois, os farmacêuticos se desenvolveram desde o século XIX juntamente com os médicos que adquiriram um grande prestígio social e, ao consolidar seu monopólio sobre a doença e a cura, pressionaram os farmacêuticos a condição de preparadores e fornecedores da medicação. Não bastasse o papel secundário adquirido pelos farmacêuticos na dependência da prescrição do médico, o desenvolvimento da indústria segmentou a profissão, levando o maior número deles ao papel de meros comerciantes de medicamentos prontos. Com o avanço da tecnologia, os medicamentos adquirem cada vez maior importância nos vários tratamentos de saúde, tornam-se também mais complexos e específicos ampliando o campo de atuação dos farmacêuticos na interface entre a prescrição e venda. Simultaneamente, esse avanço tecnológico também sepulta algumas atribuições dos farmacêuticos, principalmente nas atividades relacionadas com a manutenção dos medicamentos. Daí a reformulação da atuação dos farmacêuticos no desenvolvimento da atenção farmacêutica se dar no sentido de se afastarem de seu papel comercial, buscando se inserir entre os membros da equipe de saúde, com atividades centradas nos pacientes, com práticas de orientações sobre uso e interação de medicamentos, consulta farmacêutica, farmacovigilância, tratamentos farmacológicos, além do assessoramento na escolha entre marcas, genéricos ou similares.

Porém, as realidades nos diversos ambientes nacionais fazem com que os farmacêuticos disponham de maior ou menor poder, adotando estratégias diferenciadas de acordo com suas realidades. Nos Estados Unidos, paradigma do modelo de liberal de Estado social, embora os debates mais recentes sobre atenção farmacêutica encontrem fluidez, a transposição da farmácia comunitária para o mercado coloca o serviço personalizado da atenção farmacêutica em dificuldades. No Reino Unido, onde o padrão de Estado social é o modelo socialdemocrata, a atenção farmacêutica se encontra em um estágio mais desenvolvido. No entanto, seus farmacêuticos têm sofrido com o desenvolvimento das redes de farmácias que levam a um cenário em que esses profissionais vão perdendo a propriedade dos estabelecimentos. Na Alemanha, onde o modelo corporativista conservador vigorou, a atenção farmacêutica já se encontra integrada ao sistema de serviços de saúde, embora sem tanto suporte do sistema de saúde como no caso britânico. Na Alemanha a propriedade das farmácias é restrita ao

farmacêutico. Assim como na Argentina, possíveis entraves no avanço da sua atuação podem ocorrer no trato com os seguros de saúde e com médicos.

Para além desses países apontados por Esping-Andersen como paradigmas de suas tricotomias de Estado de bem-estar social, analisamos também casos onde os farmacêuticos possuem condições peculiares. Na Rússia a atenção farmacêutica encontra dificuldades devido ao baixo desenvolvimento da indústria no país. No entanto, a maior presença do Estado nas políticas de acesso a medicamentos e na regulação dos atores garante ao farmacêutico o poder de renovação da prescrição e o controle do comércio de medicamentos de venda livre. Já no Japão, embora o farmacêutico já seja reconhecido como autoridade no fornecimento da medicação, sua orientação para a pesquisa química torna a atenção farmacêutica bem restrita, estando o profissional de farmácia vedado a substituição do medicamento receitado e de replicar receitas. Devido a esse fator existe a liberdade dos médicos para prescreverem e fornecerem a medicação.

Após analisar a situação da categoria e o desenvolvimento da atenção nesses países, podemos concluir que o lugar ocupado pelo farmacêutico é limitado não só pelo sistema de saúde e seus marcos regulatórios conforme admite a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), mas também sofre grande influência das pressões de mercado e da ação dos demais atores. A necessidade de abrir espaço em uma agenda complexa devido ao número de atores envolvidos, que movimenta um grande volume de capitais e se vê dominada por atores de grande poder como médicos e a indústria de medicamentos, fez com que os farmacêuticos, nos diversos modelos de Estado social, fossem capazes de desenvolver mais satisfatoriamente a atenção farmacêutica nos modelos em que há maior participação do Estado na tomada de decisões. Assim, formou-se uma categoria mais afeita as regulações por parte do Estado.

A complexidade que os medicamentos atuais apresentam, com drogas cada vez mais específicas e potentes, aliada ao seu destaque nos tratamentos de enfermidades, bem como demandas sobre uso racional de medicamentos, a variedade de laboratórios, genéricos e similares colocam os farmacêuticos como agentes de relevância nos estudos sobre políticas de saúde. Seus conhecimentos específicos, como compreensão de princípios da medicina, da interação entre drogas, sua familiaridade com a estrutura de preços, com a cadeia de distribuição de medicamentos e demais conhecimentos técnicos os gabaritam para atuarem como atores de destaque na equipe de saúde e aumentar a eficiência dos sistemas de serviços de saúde no que tange aos custos com medicamentos. A análise desenvolvida sobre os farmacêuticos ao longo desse trabalho, contribui para a

cobertura dessa lacuna nos estudos sobre políticas de saúde e sobre as relações desenvolvidas entre os atores dessa agenda.

No que se refere a Argentina, foi possível perceber como a instabilidade política dificultou o estabelecimento de regras duradouras. Mas também, como a opção pelo modelo de assistência de saúde baseado no seguro social obrigatório gerou uma grande dificuldade na gestão da saúde, aumentando a dependência da sua trajetória diante da ausência de governos capazes de disciplinar os vários interesses envolvidos na questão da saúde. Assim, a gestão das obras sociais se converteu em uma moeda de troca na busca pelo apoio dos sindicatos durante os governos democráticos e no intento de enfraquece-los nos momentos de ruptura institucional. Deste modo, construiu-se um sistema que experimentou várias modificações, porém poucas mudanças efetivas, dotado de grande segmentação e sobreposição de estruturas. A presença da iniciativa privada no sistema de saúde do país se fortaleceu a partir da década de 1970, no entanto foi sobre o menemismo da década de 1990 que ela adquiriu seu protagonismo.

A orientação neoliberal que conduziu as políticas do governo menemista produziu um cenário em que se favoreceu o desenvolvimento das indústrias de capital estrangeiro, facilitou-se a importação de medicamentos e o avanço dos laboratórios sobre a cadeia de distribuição de medicamentos. Imbuído da ideia premissa que a desregulação dos mercados levaria a maior competição e, por sua vez, essa competição levaria a um bem-estar geral da população o governo menemista promulgou o decreto nº 2.284/91, de desregulação econômica. Tratou-se de um ato com diversos dispositivos que influenciavam várias esferas vida econômica do país, no caso dos farmacêuticos, o decreto representou a perda sob o controle da abertura de farmácias, o fim dos preços de referência e, principalmente, a perda sobre o controle do comércio de medicamentos de venda livre, segmento de grande crescimento no período. A ineficiência da estratégia menemista se verificou com a redução das vendas de medicamentos e aumentos dos preços que garantiu o aumento dos rendimentos da indústria. Ao término do governo de Carlos Menem, em 1999, o mercado brasileiro de medicamentos era duas vezes maior em termos de valores e três vezes maior em termos de unidades, ainda assim o preço médio dos laboratórios estrangeiros na Argentina era superior aos seus pares no Brasil. Estava assim, exposta a falácia neoliberal dos benefícios da desregulação econômica.

Contudo, os farmacêuticos comunitários argentinos estavam pressionados pelas redes de farmácias (muitas delas de capital internacional que se aproveitavam das facilidades colocadas pelo menemismo para se instalar no país), perdia rentabilidade

diante dos acordos de descontos que passaram a ser firmados com o PAMI, obras sociais e pré-pagas (atores que ganharam força na concentração de mercado verificada no período menemista), perdia vendas devido a prática de vendas diretas destes atores aos pacientes e, no segmento de venda livre, tinham de competir com o chamado canal K. Sem condições de influenciar na agenda, os farmacêuticos argentinos passaram o período menemista desenvolvendo estratégias paliativas. Com a finalidade de aumentarem seus fluxos de capitais, firmaram os acordos com os agentes de serviços de saúde com emissão de notas de crédito a serem descontadas com a indústria, mas também, buscaram desenvolver o incipiente conceito de atenção farmacêutica, de modo a se diferenciarem da figura de um vendedor de medicamentos. Porém, sem dispor de capacidades para formarem alianças e influenciarem nas estruturas econômicas ou modificar a correlação de forças da organização institucional da comunidade política, os farmacêuticos protestaram, sem grandes repercussões, enquanto a rentabilidade de seu negócio era progressivamente reduzida.

O ano de 2002 inaugura um novo período na história recente da vida política e econômica argentina. A chegada de Eduardo Duhalde à condição de presidente interino iniciou os trabalhos de desmonte de uma série de políticas do menemismo. Para os farmacêuticos foi de vital importância a nomeação de Ginés González García ao Ministério da Saúde, sua ação no sentido de promover o acesso da população aos medicamentos essenciais afetou de forma positiva a atuação dos farmacêuticos. Embora, esses profissionais apresentassem críticas ao Programa Remediar, pela ausência do farmacêutico, a promoção de políticas de genéricos e a revitalização do Conselho Federal de Saúde reposicionou os farmacêuticos no quadro de distribuição de poder colocando-os em condições de inserir suas pautas nos debates, estabelecer alianças com um amplo leque de atores da agenda e melhorar a rentabilidade de seu negócio, o que elevou sua autoestima e deu ânimo para que a COFA se reestruturasse de modo a adequar-se à sua nova realidade.

Analisando a documentação disponibilizada pela COFA, podemos perceber a grande importância para a recuperação dos farmacêuticos simbolizada pela mudança no arranjo político e pela recuperação de uma estratégia de desenvolvimento nacional baseada em políticas sociais, regulações em setores estratégicos da economia e no incentivo à indústria nacional, colocando o Estado em lugar de destaque, como é no caso do novo desenvolvimentismo. A ação do Estado foi fundamental para o reposicionamento dos farmacêuticos no quadro de distribuição de poder entre os atores da agenda. Tanto

pela revitalização do Conselho Federal de Saúde, que o coloca na condição de mediador de conflitos, permite a construção de consensos e formação de alianças, quanto pelo apoio político do Ministério da Saúde que se empenhou em levar adiante a proposta de regulação do mercado de medicamentos principalmente durante as gestões de Ginés González García e Juan Manzur.

O Estado se fez presente também por meio da ação de sua burocracia estatal, pelo apoio da Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia Médica (ANMAT) e seu subordinado Instituto Nacional de Medicamentos (INAMe) que apoiavam a regulação do mercado como medida para a facilitação da vigilância sanitária, pela ação da Superintendência de Serviços de Saúde (SSS) que atende aos chamados coibindo a venda direta de medicamentos por meio dos agentes de serviços de saúde e admite os farmacêuticos como prestadores de serviços de saúde, e pela ação do Instituto Nacional de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas (INSSJP) que por meio do PAMI incorporou os farmacêuticos entre seus prestadores de serviços sanitários e reformulou seus acordos, auxiliando os farmacêuticos no reposicionamento de suas estratégias frente as obras sociais e pré-pagas, uma vez que, os acordos do PAMI serviam de paradigma para as demais negociações.

Percebendo a mudança na política econômica, seus resultados na indústria farmacêutica no país, a melhora nos índices de vendas de medicamentos e sua melhor condição de negociação a COFA busca estabelecer alianças com a instituição de representação dos proprietários de farmácias, a Federação Argentina de Câmaras de Farmácias (FACAF), agora já com uma retórica baseada na ideia de promoção de “prêmios e castigos” de acordo com o posicionamento dos demais atores quanto a regulação do mercado de medicamentos. O apoio do Ministério da Saúde e o ambiente institucional favorável a regulamentações garantiu a entrada do projeto na pauta do congresso em 2006, o que impulsionou a formação de novas alianças. Adiante prestariam seu apoio os farmacêuticos lotados na indústria e farmacêuticos hospitalares. No ano de 2007 a Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMySRA), adentra a coalizão com um papel relevante nos debates. No princípio de 2009, os resultados dessa aliança leva a COFA, FACAF e AFMySRA a formarem uma mesa conjunta de trabalhos que se autodenominou Rede Nacional de Farmácias (RNF), dedicada a revisão do decreto de desregulação e a promoção de políticas voltadas para a categoria. Em 2008, a formação de alianças entre as instituições ligadas aos farmacêuticos avança no sentido de incluir os trabalhadores de farmácias, onde foi promovida uma

campanha pela regulação do mercado de medicamentos por meio de um abaixo assinado realizado nas farmácias de todo país. Aqui, talvez, tenhamos um conflito típico da relação entre capital e trabalho, frente aos reclamos de um baixo envolvimento dos trabalhadores na coleta de assinaturas.

Os resultados positivos e a expectativa alcançada pela coalizão trouxeram o apoio das *droguerias* e distribuidoras, igualmente prejudicadas pelos aumentos de preços da indústria, argumentavam que nem *droguerias* nem farmácias poderiam ser variáveis de ajuste para o mercado de medicamentos. Embora apenas a Associação de Distribuidoras de Especialidades Medicinais (ADEM) tenha atendido ao chamado dos farmacêuticos, sua participação garantiu a presença desses atacadistas no circuito de comercialização proposto, fazendo com que os farmacêuticos aceitassem um intermediário nas relações de vendas no atacado. Quanto a recusa da Associação de *Droguerias*, Distribuidoras Integrais Farmacêuticas (ADDIF) em compor a aliança, a ausência de informações disponíveis sobre a instituição inviabiliza a identificação de suas motivações, no entanto, postulamos que a instituição organiza os atacadistas pertencentes aos laboratórios que avançaram sobre a cadeia de distribuição de medicamentos, assim a regulação do mercado poderia impactar negativamente no seu leque de clientes.

Já entre os membros da equipe de saúde o papel de destaque foi conferido aos médicos. Dado o mercado desregulado de medicamentos, a categoria poderia ter assumido um perfil semelhante aquele experimentado pelos médicos japoneses em que os consultórios realizam a prescrição e fornecem a medicação. Nos limites da documentação analisada, não temos como verificar as causas que levaram os médicos a renunciarem a essa possibilidade de ganho extra fornecendo a medicação. Possivelmente, isso ocorreu devido ao clima de insegurança que se abateu sobre o país, após a descoberta de vários casos de falsificação de medicamentos e de problemas relacionados a medicamentos ilegítimos. Esses casos eram sempre explorados pela COFA, que atribui suas causas ao vazio legal deixado pelo decreto nº 2.284/91, o clima de comoção e insegurança gerado por eles pode ter provocado constrangimentos entre os médicos, levando-os a apoiar a coalizão no sentido reforçar a garantia de procedência dos medicamentos. O poder dos médicos foi capaz de sensibilizar os atores mais resistentes aos reclamos dos farmacêuticos, embora alguns laboratórios aderiram voluntariamente as reivindicações para cessarem as vendas ao canal K, em sua maioria eram laboratórios de pequena expressão. A adesão ao proposto só veio às vésperas da aprovação da

legislação nacional mediante a intervenção da Confederação Médica da República Argentina (COMRA) e da Associação Médica Argentina (AMA).

Para além desses atores, importa salientar a adesão de catedráticos, instituições de produção de conhecimentos e universidades argentinas que promoveram as Jornadas de Rastreabilidade. Debateram junto aos atores do mercado de medicamentos como se dariam os fluxos no mercado regulado segundo o circuito proposto, que envolvia os laboratórios, *droguerías* e distribuidoras, farmácias e pacientes. Além disso, a força da coalizão liderada pelos farmacêuticos, a comoção potencializada pelas suas ações de mídia e o clima favorável às regulações por parte do Estado, refletiram-se no congresso argentino garantindo apoio ao projeto de revisão do decreto nº 2.284/91 por importantes lideranças nos partidos de maior destaque, o governista, Partido Justicialista e, na oposição, a União Cívica Radical, além de partidos menores. Essa força se mostra também no apoio prestado pelos presidentes das comissões relacionadas à saúde, tanto na câmara como no senado. Além da eleição da deputada Fabiana Ríos ao governo do Estado de sua província em 2007.

A busca pela aprovação de legislações provinciais, as estratégias e linhas de ação desenvolvidas pela coalizão liderada pelos farmacêuticos, bem como, as alianças promovidas junto os atores da agenda de saúde e do mercado de medicamentos, mostram claramente um choque entre as estruturas econômicas que passaram a entrar em conflito com a organização institucional da comunidade política após a mudança no quadro institucional sofrida a partir de 2002, selecionando os interesses ligados a revisão da desregulação econômica dando explicação a distribuição de recursos no ambiente nacional argentino, conforme Peter Hall e Rosemary Taylor apresentam em suas explicações sobre o novo institucionalismo em sua vertente histórica. Concluímos, desse modo, que a presença do Estado no papel de coordenador na mediação dos vários atores envolvidos na agenda de saúde e de medicamentos, funciona de forma mais adequada do que as regulações puramente mercadológicas para a garantia de acesso tanto ao bem, o medicamento, quanto ao suporte necessário ao seu uso, favorecendo o desenvolvimento da atenção farmacêutica e aos princípios mais modernos no trato com esses produtos.

Ao longo desse trabalho, tal conflito ficou claro. Do mesmo modo, fica patente também o abandono de práticas orientadas para o mercado, ao menos no que tange a saúde. Fica clara também a forma como essa mudança na política argentina influenciou no desequilíbrio de poderes que levaram os farmacêuticos a conseguirem reunir forças e

formar alianças para atingirem seu objetivo de revisão da desregulação econômica no mercado de medicamentos.

Por fim, resta-nos registrar que acreditamos estar diante de um estudo que contribui para a compreensão das relações que desenvolvem os atores da agenda de saúde e do mercado de medicamentos. Além disso, elucida importantes elementos sobre os farmacêuticos, atores por vezes esquecidos pelas incipientes pesquisas que enfocam o papel dos atores na explicação dos diferentes formatos de sistemas de proteção social e sistemas de serviços de saúde. Acreditamos ainda, estar diante de um campo fértil para os estudos sobre história da saúde e as relações entre os atores dessa agenda nos vários modelos de Estado social.

## 5. Bibliografia.

ALBUQUERQUE, Ceres et al. **A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro.** Ciência & Saúde Coletiva. 2008.

ALBUQUERQUE, Eduardo da M; CASSIOLATO, José E. **As Especificidades do Sistema de Inovação do Setor de Saúde:** uma Resenha da Literatura como Introdução a uma Discussão sobre o caso Brasileiro. Estudos FESBE, Belo Horizonte, 2000.

ALMEIDA, Célia. **Reforma do Estado e reforma de sistema de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. n° 4 Vol. 2. 1999.

ALLEMANN, Samuel S et al. **Pharmaceutical Care:** The PCNE Definition 2013. Jun. 2014.

ALVO. Elias M. **Regulación y Competencia en el Mercado de Medicamentos:** Experiências Relevantes para América Latina. Serie Estudios Y Perpectivas n° 121. México. 2010.

AMERICAN COLLEGE CLINICAL PHARMACY. **The Definition of Clinical Pharmacy.** Pharmacotherapy. n° 28. Vol. 6. 2008.

AMSDEN. Alice. **A Ascensão do “Resto”:** Os Desafios ao Ocidente de Economias com Industrialização Tardia. São Paulo: Unesp. 2009.

ASTRID, J. **Medicines, Society and Industry.** The Lancenet. n° 360. 2002.

AVALARE HEALTH LLC. **Exploring Pharmacist’s Role in a Changing Healthcare Enviroment.** mai. 2014.

AZPIAZU, Daniel; SCHORR, Martín. **Hecho en Argentina:** industria y economia, 1976-2007. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores, 2010.

BARROS, José A. C. **Políticas Farmacêuticas:** A Serviço dos Interesses da Saúde? Brasília: UNESCO. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2004. Disponível em:<<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001360/136090POR.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

BASAK, Subal C; SATHYANARAYANA, Dondeti. **Community Pharmacy Practice in India; Past, Present and Future.** Southerm Med Review; An International Journal to Promote Pharmaceutical Policy Research. n° 2, Vol. 1, Abr, 2009.

BASUALDO, Eduardo. **Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea.** In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

BATISTA Jr. Paulo N. **Dolarização: Significado e consequências.** Revista Econômica. n° 3. Jun. 2000.

BDO. Becker y Asociados S.R.L. **Laboratórios e Indústria Farmacéutica.** Ano 1, n° 2, out, 2008.

BELMARTINO, Susana. **Los procesos políticos de toma de decisiones en salud: Historia y teoría.** Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino1.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

BERMUDEZ, Jorge A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade.** São Paulo: Hucitec. 1995.

BIASOTO Jr, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; DAIN, Sulamis. (Org's). **Regulação do Setor de Saúde nas Américas: As Relações Entre o Público e o Privado Numa Abordagem Sistêmica.** Série Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, Brasília: 2006.

**Boletín Estadístico Tecnológico; Sector Farmacéutico.** Ministerio de Ciencia, Tecnologia e Innovación Productiva. República Argentina. nº 5. 2012. Disponível em: <<http://www.mincyt.gob.ar/indicadores/boletin-estadistico-tecnologico-bet-farmaceutica-8084>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

BOTARO, Nittina. **Saúde e Mercado: Uma Análise da Atuação da ANS no Financiamento do Mercado de Planos e Seguros Privados de Saúde no Brasil.** 2012. Dissertação. (Mestrado em História). Programa de Pós-graduação em História. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. **Novo Desenvolvimentismo e a Ortodoxia Convencional.** São Paulo em Perspectiva, v. 20, nº 3, jul, 2006.

BURNBY, Juanita. **The Origins and Development of Pharmacy in North Eastern England.** Pharmaceutical Historian; British Society for History of Pharmacy, v. 25. nº 3, 1995.

**Carta Compromiso con el ciudadano.** 2010. Disponível em: <[http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/carta\\_compromiso/docs/1ra\\_Carta\\_PAMI.pdf](http://www.sgp.gov.ar/contenidos/onig/carta_compromiso/docs/1ra_Carta_PAMI.pdf)> Acesso em: 04 de ago, 2016.

CASTELLANI, Ana Gabriela. **Implementación del modelo neoliberal y restricciones al desarrollo en la Argentina contemporánea.** Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/unesco1/castellani.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

CHOMMER, Jon et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System.** Innovations in Pharmacy. nº 1, Vol. 1, 2010.

**Complexo Farmacéutico.** Serie Complejos Productivos. Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. 2015. Disponível em: <[http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo\\_Farmaceutico.pdf](http://www.mecon.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

**CONSEJO FEDERAL DE SALUD. BUENOS AIRES.** Acuerdo de Gestión. Fevereiro de 2002. Disponível em: <<https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/ACF104.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

**Consenso Sobre Atenção Farmacéutica.** Ministerio de Sanidad, Sevicios Sociales e igualdad. Governo da Espanha. 2002.

CROJETHOVIC, María; ARIOVICH, Ana. **La Autogestión Hospitalaria: Descentralización en el Contexto de los 90.** El Caso del Hospital Nacional professor Alejandro Posadas. Revista eletrônica do Instituto de Altos Estudos Sociais da Universidade Nacional Geral San Martin. Dossiê: Transformações na Argentina

Contemporânea. Ano 2, nº 4, Buenos Aires, 2008. Disponível em: <[http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04\\_2\\_Crotehovic\\_y\\_Arlovich.pdf](http://www.idaes.edu.ar/papelesdetrabajo/paginas/Documentos/04_2_Crotehovic_y_Arlovich.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

CUNHA, André Moreira. FERRARI, Andrés. **A Argentina depois da conversibilidade: um caso de novo desenvolvimentismo?** Revista de economia política. Vol. 29, nº 1, janeiro, 2009.

DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha.** Volume 1 – Modelos Econômicos de Capitalismo; análise Comparativa dos Ambientes Institucionais de Negócios nos EUA, Alemanha, Coreia do Sul, Espanha, Argentina, México e Brasil, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFGM.

DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha.** Volume 3 – Modelos Econômicos de Capitalismo; Política Industrial; Objetivos e Instrumentos, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFGM.

DELGADO, I; CONDÉ, E; MOTTA, H; BRIGATO, A. Projeto: **Estudo Comparativo de Política Industrial; as trajetórias do Brasil, Argentina, México, Coreia do Sul, EUA, Espanha e Alemanha.** Volume 4 – Modelos Econômicos de Capitalismo; Política Industrial Brasileira para Setores Seleccionados e a Experiência Internacional, nos termos do CONTRATO nº 009/2008 – ABDI-FUNDEP-UFGM.

DELGADO, Ignácio. **Bem-estar Social, Saúde e Indústria Farmacêutica.** 2012.

DELGADO, Maurício Godinho; PORTO, Lorena Vasconcelos. **O Estado de Bem-estar Social no Capitalismo Contemporâneo.** In: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007.

EICKHOFF, Christiane; SCHULTZ, Martin. **Pharmaceutical Care in Community Pharmacies: Practice and Research in Germany.** The Annals of Pharmacotherapy. Abr. 2006. Vol. 40, p. 729. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/publication/7209113\\_Pharmaceutical\\_Care\\_in\\_Community\\_Pharmacies\\_Practice\\_and\\_Research\\_in\\_Germany](http://www.researchgate.net/publication/7209113_Pharmaceutical_Care_in_Community_Pharmacies_Practice_and_Research_in_Germany)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

**El Surgimiento** de las Obras Sociales. 2000. Disponível em: <<http://www.obras-sociales.com/origen.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

**El Tiempo Social** de la Revolución Argentina. Disponível em: <[http://www.cgtagentinos.org/pdfs/segunda\\_parte.pdf](http://www.cgtagentinos.org/pdfs/segunda_parte.pdf)>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ESPING-ANDERSEN, Gösta. **The Three Worlds of Welfare State.** Princeton. Princeton University Press. 1990.

ESPING-ANDERSEN, Gösta. **Welfare State na Nova Ordem Mundial.** Lua Nova, nº 35, 1995.

**Evolución** del sistema provisional argentino. Disponível em: <<http://www.anses.gov.ar/general/institucional/historia-anses-220>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

FAIR, Hernán. **Claves para Entender el Éxito de la Hegemonía Menemista en la Argentina Neoliberal de los Años '90.** Sociologías, Ano 16, nº 37, Porto Alegre. 2014.

Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/soc/v16n37/1517-4522-soc-16-37-00252.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

FARIA, Carlos A. P. de. **Uma Genealogia das Teorias e tipologias do Estado de Bem-estar Social**. In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007.

FERRER, Aldo. **A economia argentina: De suas origens ao início do século XXI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

FERREIRA, Letícia C. M; GARCIA, Fernando C; VIEIRA, Adriane. **Relações de Poder e Decisão: Conflitos entre Médicos e Administradores Hospitalares**. Revista de Administração Mackenzie. São Paulo: Vol. 11, nº 6, nov-dez, 2010.

FERRER, Aldo. **A economia argentina: De suas origens ao início do século XXI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

FLETT, Gavin. **International Pharmacy: A Traveller's Perspective**.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis M. **Política de Saúde: Uma Política Social**. In: GIOVANELLA, I et al (ORG's). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FORGAS, Rosa Ana Herrera de. **Doña Remediar: el sentido de pertenecer**. Boletín PROAPS – REMEDIAR. ISSN 1668-2815. Vol. 3, nº 21, Jul, 2006. Disponível em: <[http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines\\_remediar/boletin21.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/boletines_remediar/boletin21.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 1979. Apud MELO, Marilene barros; BRANT, Luiz Carlos. **Ato Médico: Perda de Autoridade, Poder e Resistência**. Escola Nacional de Saúde Pública. Psicologia, Ciência e Profissão. Fiocruz, nº 25, Vol 1, 2005.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FREIDSON, E. **La Profesión Médica: Un Estudio de Sociología del Conocimiento Aplicado**. Barcelona: Edicions, 62, 1978.

GADELHA, Carlos A. G. **Complexo Econômico-Industrial da Saúde: Uma visão Geral**. Fiocruz. Rio de Janeiro: 2008.

GALETTI, Pablo. **Líneas Contrapuestas en la Evolución de las Entidades Empresarias**. Realidad Económica. nº 174. Disponível em: <<http://www.iade.org.ar/modules/noticias/article.php?storyid=317>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

GALLO, Adriana. **Las Relaciones de Poder Durante el Menemismo: Las Transformaciones en la Argentina de los Noventa**. Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. 14, nº 41, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v14n41/v14n41a3.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

GASTÓN, Souroujon. **La Ciencia Política Argentina Frente al Menemismo: Preguntas, Interpretaciones y debates**. Ciencia, Docencia y Tecnología. nº 4, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-17162014000200001&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162014000200001&lang=pt)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

GHAZAL, Rana et al. **Barriers to Implementation of Pharmaceutical Care into the UAE Community Pharmacies**. IOSR Journal of Pharmacy. Vol 4, Mai, 2014.

GIMENEZ, Rafael Alvarez. **Cobertura de Salud en la Argentina**: Propuesta Para una Atención Farmacéutica. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Carrera de Farmacia. Universidad de Belgano. Buenos Aires: 2010.

Ginés González. Disponível em: <<http://www.farmaceticosmundi.org/farmamundi/notasprensa.php?opcion=noticias&noticia=313>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés et al. **El Mercado de Medicamentos en la Argentina**. Centro de Estudios para la Producción. Estudios de la Econommía Real. Fundación ISALUD. n° 13, 1999.

GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. **Remedios Políticos para los Medicamentos**. Buenos Aires: Fundación Isalud. 1994.

GONZÁLEZ, Mariana. **El Mercado de Trabajo en la Post-Convertibilidad**. In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

HACKER, Jacob. **The Historical Logic of National Health Insurance**: Structure and Sequence in the Development of British, Canadian, and U. S. Medical Policy. Cambridge. Cambridge University Press. 1998.

HALL, Peter; TAYLOR, Rosemary. **As três versões do Neo-Institucionalismo**. Lua Nova, N° 58, 2003.

HANLEY, James. G. **All Actions Great and Small**: English Sanitary Reform, 1840 – 1865. Tese de Doutorado. Yale University, 1999.

HEPLER, Charles D; STRAND, Linda M. **Opportunities and Responsibilities in the Pharmaceutical Care**. American Journal of Hospital Pharmacy. Vol. 47, 1990.

**Historia** de los Partidos Políticos: El Radicalismo I (1891 – 1943). Ministerio de la Educación. Governo da Argentina. Disponível em: <[http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec\\_id=100149](http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec_id=100149)>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

**Historia de los Partidos Políticos**: El Radicalismo I (1891 – 1943). Ministerio de la Educación. Governo da Argentina. Disponível em: <[http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec\\_id=100149](http://www.encuentro.gov.ar/sitios/encuentro/programas/ver?rec_id=100149)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

**Historia de un País**: Cap. 1. *La Formación de un País*. Canal Encuentro. Serie Historia Argentina Siglo XX. Ministerio de la Educación. Gobierno de Argentina. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=moWbBroYVml&list=PLexqa3nDt7bC1X2Om-kmK0FB8cSA9W2Wq>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

**História**. Associação de Farmácias Mutuais e Sindicais da República Argentina (AFMSRA). Disponível em: <[http://www.afmsra.com/institucional\\_historia.php](http://www.afmsra.com/institucional_historia.php)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

HM GOVERNMENT. Department of Health. **Pharmacy in England**: Building on Strengths – Delivering the Future. 2008.

HOMEM, Teresa Rocha. **Ética e Poder Político do Saber Médico**. PsquiLX; revista de Psiquiatria. Vol. XXVI, n° 1, Nov, 2012.

**Honorable Cámara** de Diputados de la Nación; Secretaria Parlamentaria; Dirección de Información Parlamentaria. Reseña de Legislación; Programa Médico Obligatorio; Legislación Nacional Vigente. Disponible em: <<http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dip/documentos/RL.109.05.00-1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

INDRITZ, Mary E. S. **Observations of Pharmacy Practice in the Dmitrov Raion, Russia:** A Pharmacist Presents her Impressions of a Society Striving to Maintain Standards for Patient Care in Turbulent Times.

INFORME sobre la Salud en el Mundo; Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. 53° Asamblea Mundial da Saúde. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000.

KANIKADAN, Paula Y. S. **Médicos e Farmacêuticos na Terapia Popular:** Uma Trajetória de suas Profissões no Estado de São Paulo e na Inglaterra (1815 – 1930). Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

KATZ, Jorge M. **Apertura Económica e Desregulación del Mercado de Medicamentos:** La Industria Farmacéutica e Farmoquímica en Argentina, Brasil y México en los años 90. Alianza Estudio. 1° ed, Buenos Aires: 1997. Disponible em: <<http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1740/338436151K19A.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

KATZNELSON, Ira; Weingast, Barry R. **Insertions Between Historical and Rational Choice Institutionalism.** Disponible em: <[https://www.russellsage.org/sites/all/files/katznelson\\_chapter1\\_pdf.pdf](https://www.russellsage.org/sites/all/files/katznelson_chapter1_pdf.pdf)>. Acesso em: 02 set, 2016.

KATZNELSON, Ira. **Periodization and Preferences: Reflections on Purposive Action in Comparative Historical Social Science.** In.: MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich (Orgs). **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences.** Cambridge University Press. 7° ed. 2009.

KOSSACOFF, Bernardo. **Indústria Argentina:** Respostas Empresariais às Mudanças em Curso. Palestra Realizada no Auditório da Fundação de Economia e Estatística. 1999. Disponible em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/indicadores/article/view/1811/2178>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

**La Atención** Primaria de la Salud y el Programa Remediar; Libro de Relatos. Disponible em: <[http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos\\_baja.pdf](http://www.remediar.msal.gov.ar/pdf/publicaciones/especiales/libro%20de%20relatos_baja.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

**La creación** de ANSES. Disponible em: <<http://www.anses.gov.ar/general/institucional/historia-anses-220>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

**La cuestión** social, un desafío de la política de Aldo Neri. Disponible em: <<http://www.observatoriosocial.com.ar/es/novedades/282-la-cuestion-social-un-desafio-a-la-politica-de-aldo-neri>>.

LA REFORME des Régimes Públicos de Pensions. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Paris, 1988.

- LOPES, Noemia M. **Automedicação**: Algumas Reflexões Sociológicas. Sociologia, Problemas e Práticas. n° 37, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n37/n37a07.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.
- LUTZ, Eugene M et al. **Pharmacy Practice Around the World**. Journal of American Pharmacist Association. Association Report. Vol. 49, n° 1, jan-fev, 2009.
- MACEIRA, Daniel. **Instituciones sanitarias en un país federal**: las obras sociales provinciales en contexto. In: Serie Seminarios Salud e Política Pública - Seminario, 4. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, 2003.
- MACEIRA, Daniel; CEJAS, Cintia; OLAVIAGA, Sofía. **Coordenación y Integración**: El Desafío del Sistema de Salud Argentino. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento. Programa de Salud. Area de Desarrollo Social. Documento de Trabajo n° 49, Ago, 2010.
- MADIES, Cláudia. **Desregulación de Obras Sociales y Regulación de La Medicina Prepaga**. 2000.
- MALACH, Ivo et al. **Creación de uma Agencia Reguladora del Seguro Nacional de Salud**. Disponível em: <[http://www.auditoriamedica.com.br/biblioteca/Creacion\\_de\\_una\\_Agencia\\_Reguladora\\_%20del\\_%20Seguro\\_%20Nacional%20\\_de\\_%20Salud.pdf](http://www.auditoriamedica.com.br/biblioteca/Creacion_de_una_Agencia_Reguladora_%20del_%20Seguro_%20Nacional%20_de_%20Salud.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.
- MARTÍNEZ, Rodrigo et al. **El Impacto Económico de las Políticas Sociales**. Documento de Proyecto. Santiago de Chile: CEPAL, 2013.
- MATTOS, João Boaventura Branco de. **As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado**. Tese (Doutorado. Em Saúde Pública) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2011.
- MEDICI, A. **A desregulação das Obras Sociais**: Mais um Episódio da Reforma de Saúde da Argentina... O Que Virá Depois?. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 48, n° 33, 2002.
- MEDICI, A. **Avaliando a Reforma na Previdência na Argentina nos anos 90**. Rio de Janeiro: dez, 2002.
- MEDICI, A. **La Desregulación de las Obras Sociales**: Un Episodio mas de la Reforma de Salud en Argentina. Que Vendrá Luego?: BID, División de Desarrollo Social, 2002.
- MERA, Jorge A. **Organización y Financiamiento de los Servicios de Salud en la Argentina**: Una Introducción. Organización Panamericana de Salud – OPS/OMS Argentina. 1ª ed, Buenos Aires: 2003. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=ieUp2dMucbYC&lpg=PA57&ots=3JfIRVorz6&dq=Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Obras%20y%20Servicios%20Sociales&hl=pt-BR&pg=PA2#v=onepage&q=Comisi%C3%B3n%20Nacional%20de%20Obras%20y%20Servicios%20Sociales&f=false>>. Acesso em: 03 ago, 2016.
- MERRIEN, François Xavier. **O Novo Regime Econômico Internacional e o Futuro dos Estados de Bem-estar Social**. In.: Estado de Bem-estar Social no Século XXI. São Paulo: LTr, 2007.
- MIRANDA, Emilio; COLOMBO, Edgardo. **Historia Argentina Contemporánea**. Disponível em: <[http://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual\\_2009/alumnos/2da\\_Seccion/exto06.pdf](http://www.fhuc.unl.edu.ar/olimpistoria/paginas/manual_2009/alumnos/2da_Seccion/exto06.pdf)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

MOSCOSO, Nebel; LAGO, Fernando. **Obras Sociales Argentinas: Afiliación Compulsiva y Incentivos a la Eficiencia.** Asociación Argentina de Economía Política, XLIII Reunión Anual, 2008.

MOTA, André; D'OLIVEIRA, Ana F. **O Poder Médico e Seus Limites: A Medicalização do Gênero.** Revista USP. São Paulo: nº 40, fev, 1999.

NAHÓN, Cecilia. **Transformaciones Económicas en la Década del Noventa en la Argentina: La consolidación de una Valorización Financiera.** In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires: 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

OLSSON, Sven. **Models and Countries: the Swedish Social Policy Model in Perspective.** In.: Social Security in Sweden and Other European Countries; Three Essays. Stockholm. 1993.

PALANZA, Valeria. **Espacios de Consenso Alternativos: Los Consejos Federales de la Política Social en Argentina.** Documento 71, 2002. Disponível em: <<http://faculty.udesa.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt71.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guía de Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud.** Versão 4, Jun, 2011.

PANTUSO, Catalina; SANTA MARIA, Victor. **Salud S.O.S: El Sistema de Obras Sociales.** Fundación Trabajadores de Edición, 1992.

PEDERSEN, Suzan. **Family, Dependency, and Origins of the Welfare State, Britain and France: 1914 – 1945.** Cambridge. Cambridge University Press. 1993.

PEDUZZI, Mariana. **Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia.** Revista de Saúde Pública. nº 35. 2001.

PEIDRO, Ricardo et al. **Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica: Análisis de Política de Medicamentos en Argentina.** Instituto de Estudios Sobre Políticas de Salud.

PERUZZOTTI, Enrique. **Menemismo y Reforma: Revisando o Modelo de Democracia Delegativa.** Lua Nova, nº 45, São Paulo: 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n45/a07n45.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

PETERS, Enrique D. **Las Industrias Farmacéutica y Fumoquímicas en México y el Distrito Federal.** Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 1999.

PETRAS, James. **El Menemismo: El contexto Internacional de la Decada del 90.** Revista Herramienta, nº 12, mar, 2000. Disponível em: <<http://www.herramienta.com.ar/revista-herramienta-n-12/el-menemismo-el-contexto-internacional-de-la-decada-del-90>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

PIERSON, Paul. **Big, Slow-Moving, and...Invisible: Macrosocial Process in the Study of Comparative Politics.** In.: MAHONEY, James; RUESCHEMEYER, Dietrich (Orgs). **Comparative Historical Analysis in the Social Sciences.** Cambridge University Press. 7º ed. 2009.

PIOLA, Sérgio Francisco; CAVALCANTE, Maria de Lourdes. **Sistema de saúde da Argentina: Reformas e relações com o setor privado.** In.: Regulação do setor de saúde nas Américas: As relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. BISOT

Jr, Geraldo; SILVA, Pedro Luiz de Barros; Daín, Sulamis (Org). Organização Pan-americana de Saúde. Brasília: 2006.

PIZZOL, D; SILVA, T; SCHENKEL, P. **Análise da Adequação das Propagandas de Medicamentos Dirigidas à Categoria Médica Distribuídas no Sul do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública. v. 14, nº 1, 1998.

POLITI, Pedro M. **Plan Remediar**. Buenos Aires. Fev, 2005. Disponível em: <<http://www.cancerteam.com.ar/poli145.html>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

POLITI, Pedro M. **Salud Canadense: Sistema Nacional de Salud em Canadá, com Enfoque en los Programas de Cáncer**. Buenos Aires. 2002.

**Portal da Saúde – SUS**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/346-sctie-raiz/daf-raiz/farmacia-popular/11-farmacia-popular/18008-programa-farmacia-popular-do-brasil>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

PORTO, R. **The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present**. Londres. Fontana Press, Harper Collins Publishers, 1997.

QUADAGNO, Jill. **Theories of the Welfare State**. Annual Review of Sociology. vol, 13, 1987.

QUEIROZ, Marcos S. **Farmacêuticos e Médicos: Um Enfoque Antropológico Sobre o Campo de Prestação de Serviços de Saúde em Paulínea**. In.: ALVES, P. C; MINAYO, M. C. S. (Org). Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro: 1994.

**Referencias de la Atención Farmacéutica en la Argentina**. Colégio Farmacéutico de la Provincia de Buenos Aires: Disponível em: <<http://www.colfarma.org.ar/Cient%C3%ADfica/Lists/Atencion%20Farmaceutica%20Noticias/DispForm.aspx?ID=7>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

REPETTO, Fabián. **Descentralización de la Salud Pública en los Noventa: Una Reforma a Mitad de Camino**. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional – Fundación Gobierno e Sociedad e Fundación Grupo Sophia. Disponível em: <<http://faculty.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

**Resenha Histórica**. Federação Argentina de Câmaras de Farmácia. Disponível em: <<http://www.facaf.org.ar/la-institucion/historia-y-objetivos/>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

RODRIGUEZ, Dário A. **Populismo y Liderazgo en la Democracia Argentina: Un Cruce Comparativo entre el Menemismo y el Kirchnerismo**. Postdata, Vol. 19, nº 2, Buenos Aires. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-96012014000200011&lang=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012014000200011&lang=pt)>. Acesso em: 03 ago, 2016.

ROMERO, José Luis. **Breve Historia de la Argentina**. Editorial Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. 2013. Disponível em: <<http://dad.uncuyo.edu.ar/upload/romero-jose-luis-breve-historia-de-la-argentina.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

ROMERO, Luis Alberto. **Democracia, República y Estado: Cien Años de Experiencia Política en la Argentina**. Disponível em: <<http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/laromero1.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ROMERO, Luis Alberto. **História Contemporânea da Argentina**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.

RUGGIE, Mary. **The State and Working Women: A Comparative Study of Britain and Sweden**. Princeton University Press. 1984.

SACARDO, Daniele Pompei. **As peculiaridades dos sistemas de saúde dos países membros do MERCOSUL: Perspectivas para a integração regional**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo: 2009.

SCHINDLER, Eduardo. **A política externa brasileira no governo Collor; a busca por um novo modelo de atuação internacional**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2010.

SCHOMMER, Jon et al. **Pharmacists Contributions to the U.S. Health Care System**. *Innovations in Pharmacy*. nº 1, Vol. 1, 2010.

**Scope of Contemporary Pharmacy Practice: Roles, Responsibilities, and Functions of Pharmacists and Pharmacy technicians**. Council on Credentialing in Pharmacy, Washington. fev, 2009.

SHADLEN, Kenneth C. **The Political Contradictions of Incremental Innovation: Lessons from Pharmaceutical Patent Examination in Brazil**. *Politics & Society*, nº 39, Abr, 2011. Disponível em: < <http://pas.sagepub.com/content/39/2/143>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

SHONFIELD, Andrew. **Le Capitalisme Moderne**. Paris. Gallimard. 1967.

SIRLIN, Pablo. **Impactos Estáticos y Dinámicos del Mercosur: El Caso del Sector Farmacéutico**. *Revista de la CEPAL*, nº 75, dez, 2001.

**Sistema de Saúde Espanhol é Apresentado na ENSP**. Disponível em:< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/19454>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

SONNEDECKER, Glenn. **Kremer's and Urdang's: History of Pharmacy**. American Institute of the History Pharmacy, 1986. Disponível em: < [https://books.google.com.br/books?id=r\\_FmMNS7qIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?id=r_FmMNS7qIC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

SOSA, Mário Roberto. **Análisis Sectorial: La Industria Farmacéutica**. Ministerio de la Producción. Centro de Estudios de la Producción. 2002. Disponível em: < [http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL\\_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS\\_ARGENTINA/ARG\\_6.pdf](http://www.funcex.org.br/material/REDEMERCOSUL_BIBLIOGRAFIA/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_6.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

STARR, Paul. **A Sovereign Profession**. In.: STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. Cambridge: BasicBooks, 1982.

THELEN, Kathleen; STEINMO, Sven. **Historical Institutionalism in Comparative Politics**. In.: STEINMO, Sven; THELEN, Kathleen; LONGSTRETH, Frank. (Orgs). *Comparative Politics: Historical Institutionalism in Comparative Analysis*. Cambridge University Press. 1992.

SWAAN, A. **In Care of State**. Cambridge. Policy Press. 1988.

TANG, Janet Tze Ching. **The Role of Pharmacist in the Asia and Africa: A Comparative Study to the UK and Sweden.** UPPSALA Universitet. 2008.

THE FUTURE of Social Protection: La Nouvelle Politique Sociale. Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Paris, 1994.

TOBAR, Frederico. **Economía de los Medicamentos Genéricos en la América Latina.** Revista Panam Salud Publica. n°23, 2008. Disponível em:<<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7739>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

TOBAR, Frederico. **El Marco Económico-social de la Desregulación.** Medicina e Sociedad. Buenos Aires. 1998.

TOBAR, Frederico. **Herramientas para el Análisis del Sector Salud.** Medicina Y Sociedad. Vol. 23, n° 2, 2000.

TOBAR, Frederico. **Políticas para promoción del acceso a medicamentos:** El caso del Programa Remediar de Argentina. Nota técnica de discusión de salud 002/2004. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Divisão de Programas Sociais. Washington: Jan, 2004. Disponível em:<<https://publications.iadb.org/handle/11319/5261?locale-attribute=en>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

TOBAR, Frederico. **Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina.** Fundación ISALUD. 1997.

TOBAR, Frederico; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez. **El consejo Federal de Salud Argentino:** Actor Chave en la Construcción de un Federalismo Sanitario Efectivo. Ministerio de la Salud – Presidencia de la Nación. Buenos Aires. 2003. Disponível em:<<http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

**Tres siglos** de Historia Farmacéutica Argentina. Disponível em:<<http://www.anmat.gov.ar/fna/resena.asp#PRIMEROS>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

TURNER, J. H. **Medical power and social knowledge.** London: Sage, 1987.

UNITED STATES INTERNATIONAL TRADE COMMISSION (USITC). **Shifts in U. S. Merchandise Trade in 1997.** Publication 3120. Washington. 1998.

VAN MIL; Jan Willem Foppe. **Pharmaceutical Care:** The Future of Pharmacy; Farmaceutische Patiëntenzorg; Theory, Research, and Practice. Riksuniversiteit Groningen. 1999.

VENTURA, Graciela; RICCHERI, Pilar Rodrigáñez; MONSALVO, Mauricio. **El Programa Remediar:** Gestión y Resultados de un Modelo Innovador en APS. Ministério de Salud. Buenos Aires: 2006. Disponível em:<[http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar\\_07s.pdf](http://www.remediar.gov.ar/files/Publicacion%20Remediar_07s.pdf)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

VIANINI, Fernando. **A Trajetória Econômica Argentina:** 1989 – 2007. Dissertação. (Mestrado em História). 2012. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: 2012.

VIANNA, Cid Manso de Mello. **Estruturas do Sistema de Saúde:** do Complexo Médico-Industrial ao Complexo Médico-Financeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: n° 12, Vol. 2, 2002.

WAINER, Andrés. **Principales Características del Padrón de Crecimiento Instaurado en la Post-Convertibilidad.** In.: Desarrollo Económico, Clase Trabajadora

y Luchas Sociales en la Argentina Contemporánea. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO. Buenos Aires. 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iec-conadu/20130228034037/Desarrollo-economico.pdf>>. Acesso em: 03 ago, 2016.

WALSH, Robin. **A History of: The Pharmaceutical Industry.** Pharmaphorum; Bringing Healthcare Together. Disponível em: <<http://www.pharmaphorum.com/articles/a-history-of-the-pharmaceutical-industry>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

WATANABE, Tomoko et al. **The Case for a Shift Pharmacists' Activities and Pharmacy Education:** Based on Those in the English Speaking Western Countries. The Pharmaceutical Society of Japan. n° 3, Vol. 125, 2005.

WILLIAMSON, John. **The progress of policy reform in Latin America.** Washington: Institute for International Economics, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Role of Pharmacist in the Health Care System.** Report of a WHO Consultative Group. New Delhi: dez, 1988.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Drug Situation,** GENEVA, 1988.

ZAGONEL, I. P. S. **Exercício do Poder Diante da Complexidade das Relações no Espaço Médico Hospitalar e de Enfermagem.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, Vol. 1, n°. 2, 1996.

## LEGISLAÇÃO.

ARGENTINA. Lei n° 16.463, de 04 de agosto de 1964. **Ley de Medicamentos.** Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20414/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 9.763, de 02 de dezembro de 1964. **Decreto de Medicamentos.** Regulamentase la Ley de Medicamentos. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/88842/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei n° 17.565, de 05 de dezembro de 1967. **Ley de Farmácias.** Atualizase la Regulamentación Sobre su Ejercicio. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19424/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei n° 18.610, de 23 de Fevereiro de 1970. **Obras Sociales:** Financiamiento y Funcionamiento; Creación de Instituto Nacional de Obras Sociales; Creación del Registro Nacional de Obras Sociales. Disponível em: <<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-095.pdf>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei n° 22.269, de 30 de Julho de 1980. **Obras Sociales:** Sustituyese el Régimen de la Ley n° 18.610 y sus Modificatorias, que Regulan la Estructura y Funcionamiento de las Obras Sociales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/114909/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei n° 22.373, de 13 de janeiro de 1981. **Consejo Federal de Salud.** Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei Nº 23.660, de 05 de janeiro de 1989. **Ley de Obras Sociales**. Disponível em: <[http://www.integrando.org.ar/juridico/obras\\_sociales\\_23660.htm](http://www.integrando.org.ar/juridico/obras_sociales_23660.htm)>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 23.661, de 5 de janeiro de 1989. **Sistema Nacional del Seguro Salud**. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>>. Acesso em: 04 ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 23.696, de 18 de agosto de 1989. **Ley de Reforma del Estado**. Emergencia Administrativa. Privatizaciones y Participación del Capital Privado. Programa de Propiedad Participada. Protección del Trabajador. Contrataciones de Emergencia. Contrataciones Vigentes. Situación de Emergencia en las Obligaciones Exigibles. Concesiones. Plan de Emergencia del Empleo. Disposiciones Generales. Disponível em:<<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/98/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 23.697, de 15 de setembro de 1989. **Ley de Emergência Económica**. Poder de Policía de Emergencia del Estado. Suspensión de Subsidios y Subvenciones. Disponível em:<<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/15/texact.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 23.928, de 27 de março de 1991. **Convertibilidad del Austral**. Disponível em: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/328/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 2.284, de 31 de outubro de 1991. **Desregulación Económica**. Desregulación del Comercio Interior de Bienes y Servicios y del Comercio Exterior. Entes Reguladores. Reforma Fiscal. Mercado de Capitales. Sistema Unico de la Seguridad Social. Negociación Colectiva. Disposiciones Generales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/7539/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 150, de 20 de janeiro de 1992. **Medicamentos**. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. Ambito de aplicación. Disposiciones Generales. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/8196/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 1.490, de 20 de agosto de 1992. **Salud Publica**. Decláranse de interés nacional las acciones dirigidas a la prevención, resguardo y atención de la salud de la población. Créase la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT). Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/5000-9999/9909/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 9, de 07 de janeiro de 1993. **Obras Sociales**. Disponível em:<<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 177, de 09 de fevereiro de 1993. **Medicamentos**. Modificación del Decreto nº 150/92. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11879/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 578, de 01 de abril de 1993. **Hospitais Publicos**. Registro de Hospitales de Autogestion. Disponível em: <

<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=12550>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 24.425, de 23 de dezembro de 1994. **Organización Mundial del Comercio**. Apruébase el Acta Final en que se incorporan los resultados de la Ronda Uruguay de Negociaciones Comerciales Multilaterales; las Decisiones, Declaraciones y Entendimiento Ministeriales y el Acuerdo de Marrakesh. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/799/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 24.481, de 23 de maio de 1995. **Ley de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27289/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 292, de 14 de agosto de 1995. **Seguridad Social**. Reducción de las contribuciones patronales. Distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución. Eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para Obras Sociales. Libertad de Elección para los jubilados. Transferencia de las funciones de asistencia social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Traspaso de pensiones no contributivas a la Secretaría de Desarrollo Social. Cobertura de salud a los titulares de pensiones no contributivas nacionales. Transferencia de personal. Requisitos para acceder a los beneficios. Disposiciones Finales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25621/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 492. De 22 de setembro de 1995. **Seguridad Social**: Programa Medico Obligatorio. Fusión de Obras Sociales. Reducción de Contribuciones Patronales. Trabajadores a tiempo parcial. Transformación y disolución de los Institutos de Servicios Sociales. Disposiciones Finales. Derógase el decreto N° 282/95. Disponível em: <<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27540/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 24.572, de 23 de outubro de 1995. **Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Normativa Aplicable – Modificación. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=28639>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 260, de 20 de março de 1996. **Ley de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad**. Apruébase el texto ordenado de la Ley N° 24.481, modificada por su similar N° 24.572 (T.O. 1996) y su Reglamentación. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/35001/texact.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 1.141, de 07 de outubro de 1996. **Obras Sociales**. Defínese la fecha a partir de la cual la población beneficiarla podrá efectivamente optar entre las distintas Obras Sociales Sindicales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/39713/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 24.574, de 23 de dezembro de 1996. **Medicina Prepaga**: Establécese que las empresas o entidades que presten dichos servicios deberán cubrir, como mínimo, determinadas "prestaciones obligatorias" dispuestas por las obras sociales. Disponível em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41166/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 84, de 29 de janeiro de 1997. **Obras Sociales**. Modifícase la Resolución N° 633/96 del Ministerio de Salud y Acción Social, ratificada por Decreto N° 1560/96, mediante la cual se dictaron normas complementarias para posibilitar que los beneficiarios de Obras Sociales comprendidos en los incisos a), b), d), f) y h) de la Ley 23.660 ejerzan su derecho a la opción de cambio entre las mismas. Disponible em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41704/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 1576, de 30 de dezembro de 1998. **Superintendencia de Servicios de Salud**. Disponible em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/55000-59999/55827/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 455, de 08 de junho de 2000. **Marco Estrategico-Politico Para la Salud de los Argentinos**. Disponible em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/63270/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 939, de 19 de outubro de 2000. **Hospitales Publicos**. Créase el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada. Objetivos. Disponible em: <<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64697/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei n° 25.561, de 06 de janeiro de 2002. **Emergencia Publica y Reforma del Regimen Cambiario**. Declárase la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria. Régimen cambiario. Modificaciones a la Ley de Convertibilidad. Reestructuración de las obligaciones afectadas por el régimen de la presente ley. Obligaciones vinculadas al sistema financiero. Obligaciones originadas en los contratos de la administración regidos por normas de derecho público. Obligaciones originadas en los contratos entre particulares, no vinculadas al sistema financiero. Canje de títulos. Protección de usuarios y consumidores. Disposiciones complementarias y transitorias. Disponible em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/71477/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto n° 486, de 12 de março de 2002. **Emergencia Sanitaria Nacional**: Declárase la Emergencia Sanitaria Nacional. Atribuciones del Ministerio de Salud. Suministro de Insumos y Medicamentos a Instituciones Públicas de Salud con Servicios de Internación. Atribuciones del Consejo Federal de Salud. Financiamiento. Régimen de Compras y Contrataciones. Monitoreo de Precios e Importación. Listados de Medicamentos e Insumos. Precios de Referencia. Prescripción por Genéricos y su Sustitución. Programa Nacional de Universalización del Acceso a Medicamentos. Creación y Funcionamiento. Sistema Nacional del Seguro de Salud. Garantía de las Prestaciones Básicas Esenciales. Fondo Solidario de Redistribución. Colegios Profesionales. Sentencias con Condenas de Pago. Emergencia Sanitaria y Social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Atribuciones del Interventor Normalizador. Contrataciones del citado Instituto. Relevamiento y Control de Deudas. Disposiciones Finales. Disponible em: <<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/72887/norma.htm>>. Acceso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Ministerio de Salud. Resolução 201, de 9 de abril de 2002. **Salud Publica**. Apruébase el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660. Disponible em:

<<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000338.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 25.649, de 18 de setembro de 2002. **Especialidades Medicinales**. Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico. Disponível em:<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/77881/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 25.589, de 08 de janeiro de 2003. **Patentes de Invención**. Disponível em:<<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/91776/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Decreto nº 987. De 28 de abril de 2003. **Especialidades Medicinales**. Disponível em:<<http://infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/84522/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

MENDOZA. Lei nº 7.303, de 10 de dezembro de 2004. **Ley de Ejercicio de las Actividades Farmacéuticas**. Disponível em:<<http://www.gobernac.mendoza.gov.ar/boletin/pdf/20041210-27297-normas.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Superintendencia de Servicios de Saúde. Resolução nº 468, 20 de julho de 2005. **Inscripción de profesionales farmacéuticos prestadores en el Registro de la Superintendencia de Servicios de Salud**. Requisitos. Apruébanse las Guías de Información Adicional para la Receta y la de Contratos de prestaciones farmacéuticas. Disponível em: <<http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/001121.pdf>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Superintendencia de Servicios de Saúde. Resolução nº 43, de 21 de janeiro de 2009. **Superintendencia de Servicios de Salud**. Deróganse todas las normas emanadas de esta Superintendencia que obligan a los Profesionales Farmacéuticos, Establecimientos Farmacéuticos y Redes de Prestadores de Establecimientos Farmacéuticos a inscribirse en el Registro de Prestadores de este organismo. Disponível em:<<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000-149999/149759/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 26.567, de 17 de dezembro de 2009. **Medicamentos**. Modifícase la Ley Nº 17.565 que regula el ejercicio de la actividad farmacéutica. Deróganse los artículos 14 y 15 del Decreto Nº 2284/91. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/161721/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

ARGENTINA. Lei nº 26.688, de 29 de julho de 2011. **Salud Publica**. Declárase de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos. Disponível em:<<http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/185041/norma.htm>>. Acesso em: 04 de ago, 2016.

### **Correo Farmacéutico.**

Correo Farmacéutico. Año XIV, Nº 57, set/out. 2003.

Correo Farmacéutico. Año XIV, nº 58, nov/dez. 2003.

Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 59, jan/mar, 2004.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 61, jul/ago, 2004.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 62, dez. 2005.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 63, mai, 2006.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 64, set, 2006.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 65, out, 2006.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 66, nov/dez, 2006.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 67, fev, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XV, nº 68, mar, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 69, abr, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 70, mai, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 71, jul, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 72, jul, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 73, ago, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 74, set, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 75, out, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVI, nº 76, nov/dez, 2007.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 77, fev, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 78, mar, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 79, abr, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 80, mai, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 81, jun, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 82, Jul, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 83, ago, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 84, set, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 85, out, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVII, nº 86, nov/dez, 2008.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 87, jan/fev, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 88, mar, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 89, abr, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 90, mai, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 91, jun, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 92, jul, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 93, ago, 2009.  
Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 94, set, 2009.

Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 95, out, 2009.

Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 96, nov, 2009.

Correo Farmacéutico. Ano XVIII, nº 97, dez, 2009.

Correo Farmacéutico. Ano XIX, Ed. Especial, dez, 2009

Correo Farmacéutico. Ano XIX, nº 100, abr, 2010.

Correo Farmacéutico. Ano XIX, nº 101, mai, 2010.