



COLECCIÓN

LABRADORES  
DE LA SALUD POPULAR



# ARTURO OÑATIVIA

CUADERNILLO



MATERIAL DE PUBLICACIÓN PERIÓDICA Y COLECCIONABLE



LABRADORES  
DE LA SALUD POPULAR

**ARTURO  
OÑATIVIA**

**ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO  
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL**

**SECRETARIO GENERAL**

Hugo Cachorro Godoy

**SECRETARIO GENERAL ADJUNTO**

Julio Fuentes

**INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE ESTADO  
Y PARTICIPACIÓN (IDEP)**

Director Horacio Fernández

**AREA DE SALUD IDEP**

Daniel Godoy

4

**TEXTOS E INVESTIGACIÓN**

Marcelo Paredes y Cora Rojo

**IDEA ORIGINAL, PRODUCCIÓN Y DESARROLLO**

Daniel Godoy - Cecilia Fernández Lisso

**DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN**

Sofía Goñi, Cecilia Fernández Lisso

**IMÁGENES:**

Archivo General de la Nación Dpto. Doc. Fotográficos.  
Buenos Aires.Argentina.

AÑO 2016

[www.atesociosanitario.com.ar](http://www.atesociosanitario.com.ar)

[www.ateargentina.org.ar](http://www.ateargentina.org.ar)

[atesociosanitario@gmail.com](mailto:atesociosanitario@gmail.com)

# Índice

Prólogo de Daniel Godoy .....	6
Vida y obra .....	9
La lucha contra el bocio endémico .....	15
Ministro de Salud de Illia .....	21
Ley de Medicamentos .....	25
La política social de Oñativia .....	33
Referencias .....	39
Fuentes .....	42

## PRÓLOGO

La serie *Labradores de la salud popular*, de la colección “Salud Pública argentina” escrita por trabajadorxs del Área de Salud del Instituto de Estudios sobre Estado y Participación (IDEPSALUD) de ATEARGENTINA, presenta la biografía de Arturo Oñativia.

Se suma a las de Carlos Cassinelli, Salvador Mazza, Floreal Ferrara y Mario Testa publicadas en números anteriores.

Cada parte, cada personaje, procura ir armando un cuadro que configure una galería de hombres y mujeres que hicieron aportes trascendentales a la salud del pueblo argentino.

Pero la elección de esos personajes y la oportunidad de su publicación, vincula de alguna manera hechos de la actualidad que se conectan con el ayer. Algo así como, “para esta situación política determinada, no olvidemos lo que tiempo atrás dijeron -o hicieron- este hombre o esta mujer”.

Los queremos arrancar de la desmemoria colectiva, pero también situarlos en el espacio concreto de la valoración de los trabajadores.

Carlos Cassinelli fue, es y será nuestro ícono. Vinculaba la acción gremial sectorial, con la visión de la política pública y la situación de salud y enfermedad de los argentinos. Era “el” personaje para iniciar la serie.

Salvador Mazza fue traído a la galería demandado por el relato oficial que auguraba la presunta erradicación del Chagas, en momentos en que lejos de reducirse, la pobreza persistente y el desmantelamiento de los programas específicos siguieron favoreciendo las condiciones de infectabilidad y transmisibilidad de la enfermedad.

Floreal Ferrara con su ATAMDOS se incluyó ante la necesidad de proponer el debate sobre el modelo de atención en la Argentina y la de reinstalar la observación hacia dispositivos del primer nivel de atención, mano de obra intensivos, con población a cargo y participación popular.

Y Mario Testa para seguir enseñándonos a “pensar” en salud y “decidir” en salud.

La elección de Arturo Oñativia tampoco es casual. Quizá sea el máximo ícono de la historia política argentina de la tensión entre gobierno, política pública e industria farmacéutica. La biografía de Oñativia nos presenta otras facetas de su vida pública, como su persistente lucha contra el bocio endémico en el Norte argentino, aunque la memoria colectiva lo vincula con su intento de implementar una regulación severa -pero necesaria- para con el negocio de los medicamentos.

Este ejercicio es altamente necesario en momentos en que todos los sectores identificados con el rol del Estado como

garante del acceso a la salud -trabajadores de laboratorios públicos, intelectuales, usuarios, organizaciones-, siguen esperando la concreción cabal de la Ley 26.688 de Producción Pública de Medicamentos, un instrumento que potencialmente tiene una franca incidencia sobre aspectos de máxima trascendencia, como su costo, su acceso a las personas, la racionalidad de su uso y la provisión de los Hospitales públicos, entre otros.

Decíamos en ocasión de su promulgación y reglamentación: “(...) Será así, si el Estado asume su capacidad rectora, reguladora y financiadora respecto de las políticas de salud (...). Si por el contrario, la ley no es seguida de una decisión que permita lo que la ley establece como ‘intenciones’, asistiremos a un nuevo ‘maquillaje’ de la política pública (...)”.

Merecido recuerdo a Don Arturo Oñativia, y necesaria revitalización de un tema trascendente para la agenda de la Salud en los tiempos que vienen.

Un agradecimiento a los autores Marcelo Paredes y Cora Rojo por el empeño que aportan a la continuidad de la serie *Labradores de la salud popular*.

Hasta la próxima entrega...

Dr. Daniel Godoy  
Coordinador Nacional, Área de Salud  
Instituto de Estudios sobre Estado y  
Participación (IDEPSALUD)  
ATE Argentina





VIDA Y OBRA

1928-2017

1928-2017

1928-2017

1928-2017

1928-2017

Arturo Oñativia nació en Salta el 16 de abril de 1914. Hijo de José María Oñativia, vasco español, y de doña Delicia Moreno Boedo de nacionalidad argentina, cursó la escuela primaria y secundaria en el Colegio Manuel Belgrano de la ciudad capital donde se recibió de bachiller en el año 1932.

Al año siguiente ingresó en la Escuela de Medicina de la Universidad de Rosario -Santa Fe- y luego pasó a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA) donde obtuvo su doctorado a los 26 años, con la presentación de la monografía "Estudio clínico del síndrome adiposo genital" obtuvo calificación de "sobresaliente" y dedicó el postgrado a la especialidad de Endocrinología.

**10** Comenzó su actividad profesional como practicante honorario en el Servicio de Clínica Médica, Sala VII, del Hospital Torcuato de Alvear de la Municipalidad de Buenos Aires y en la sección Vacunación de la Asistencia Pública porteña.

Fue Jefe de Trabajos Prácticos en calidad de honorario de la UBA en los cursos libres que dictaba el profesor Tobías dentro de la disciplina de Clínica Médica.

En 1942 concursó y ganó un cargo como médico en el Hospital Rivadavia, donde tuvo como jefe al doctor Enrique B. del Castillo, en el Servicio de Endocrinología, que trabajaba

coordinadamente con el de Medicina Experimental de la UBA por entonces a cargo del Profesor Doctor Bernardo Houssay, uno de los premios Nobel de nuestro país.

De 1946 a 1955 ya dentro de la actividad privada, fue médico del Instituto de Endocrinología y Nutrición de la Clínica Marini y formó parte de la "Comisión de Lucha contra el Bocio Endémico" que integraban sus maestros doctores Houssay y Del Castillo.

A su pedido, en junio de 1955 fue transferido al Centro Sanitario de la Delegación Federal de Salta, en calidad de Jefe de Clínica, y luego como adscripto del Instituto de Endocrinología salteño. La razón del regreso a Salta fue el deseo de abocarse al estudio de la endemia bocio-cretínica y la desnutrición en su provincia.

Luego de la Revolución Libertadora que derrocó al gobierno democrático de Juan Domingo Perón, se desempeñó como Ministro de Gobierno, Justicia e Instrucción Pública en la Intervención Federal del Coronel Lobo, entre diciembre de 1955 a mayo de 1956. Durante su gestión se opuso a la persecución política y religiosa.

Fue autor del anteproyecto del Decreto Ley N° 179, por el que se reimplantó en las escuelas primarias de la provincia la enseñanza religiosa católica que se hallaba suspendida. Ulteriormente fue nombrado Delegado Sanitario Federal

de la provincia, dedicándose de inmediato al estudio de los diversos problemas que afectaban a la salud de los salteños. Trabajó intensamente y con eficacia en las endemias bociosas y cretínicas, logrando luego de múltiples y difíciles estudios, que el Ministro de Salud Pública de la Provincia, Dr.

Julio Cintioni, firmara el Decreto Ley N° 190 que establecía la profilaxis obligatoria del bocio endémico con sal yodada, declarando la obligatoriedad de la venta y el uso de sal de cocina yodada en todo el territorio de la provincia.

Otro de sus grandes logros fue la sanción del Decreto Ley N° 191, complementario del primero, por el que se creaba el muy famoso Instituto del Bocio, organismo médico-sanitario, dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud Pública de la provincia.

Dicho instituto fue precursor en la erradicación de esta enfermedad, a la vez que un modelo hospitalario por la calidad de la atención, por su alto nivel científico y por constituir una escuela de formación de profesionales.

Militó activamente en la política desde las filas de la Unión Cívica Radical, ocupando importantes cargos directivos, incluso la presidencia del partido en su provincia. Fue postulado a distintos cargos electivos y al de Gobernador en dos oportunidades y fue fundador del Movimiento de Afirmación Radical.

En las elecciones de 1962 no aceptó la designación a Senador Nacional con que había resuelto ungirlo la Legislatura Provincial. Pero en octubre de 1963, el Sr. Presidente de la Nación, Dr. Arturo U. Illia, en mérito a sus antecedentes profesionales, lo llama a colaborar en su gabinete de gobierno como Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, cargo que desempeñará durante casi tres años, desde el 12 de octubre de ese año al 28 de junio de 1966.

Desde allí complementó su tarea de erradicar el cretinismo bocioso a través de la promulgación de la Ley 17259 de "Obligatoriedad del uso de la sal enriquecida con yodo como profilaxis del bocio endémico", mediante la cual se reglamentó el enriquecimiento de la sal con yodo para uso alimentario humano y animal.

Sin dudas, su actuación al frente de la Salud Pública argentina será recordada por la estratégica la ley de Medicamentos -la 16.462 y 16.463- conocida como Ley Oñativia, que le otorgaba al medicamento el carácter de "bien social" al servicio de la Salud Pública y de la Sociedad. Esta ley, promulgada en 1966, reglamentaba un estricto control técnico de las drogas sujetas a la experimentación humana, además del control de precios, según la demanda de las mismas.

Oñativia también impulsó la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad

y la creación del Servicio Nacional de Agua Potable, que garantizaba la provisión de la misma a las comunidades rurales. Su actuación fue puesta a consideración del público en dos tomos llamados "Política Sanitaria y Social".

Tras la caída del gobierno de Illia regresó a Salta, desoyendo los consejos y pedidos, que, entre otros, le hiciera el premio Nobel de Medicina, Bernardo Houssay, quien intentó convencerlo de que se quedara en Buenos Aires para contribuir desde allí a la ciencia médica. Sin embargo prefirió volver a su provincia, sin un centavo en sus bolsillos. Sus amigos comprovincianos lo recibieron con el mejor homenaje que puede hacerse a un hombre público, intachable e invaluable: hicieron una suerte de colecta para adquirir una vivienda y un automóvil que le permitieran ejercer la profesión en su tierra natal.

Fue perseguido políticamente, calumniado y dejado cesante en el Instituto del Bocio, que él mismo había creado, sin dejar por eso de trabajar por sus proyectos.

Se abocó a la búsqueda de una solución a los graves problemas de desnutrición que padecía la población del NOA que generaba una alta morbilidad infantil. Con la misma metodología empleada para la organización del Instituto del Bocio, creó el Instituto de Investigación en Enfermedades Nutricionales, la carrera de Licenciatura en Nutrición y la de Enfermería Universitaria.

Conjuntamente con la Universidad de Salta y con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se procedió a la elaboración de alimentos de alto valor nutritivo y de bajo costo para distribuir entre la población de menores recursos.

Fue también profesor titular de la Cátedra Problemas Socioeconómicos de la Región del NOA, miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia de Medicina de Córdoba. En el año 1971 formó parte de la Comisión.

Especial de Factibilidad para la creación de la Universidad de Salta surgida de una base de instituciones de investigación y docencia preexistentes de la Universidad de Tucumán.

Como investigador realizó treinta y dos trabajos que fueron publicados en revistas nacionales y extranjeras. Participó, además, de la redacción de libros sobre endocrinología y traducciones al castellano de varios libros de esa especialidad.

Años después, el Dr. Oñativia elevó un anteproyecto a las autoridades universitarias proponiendo transformar el Instituto de Ciencias de la Nutrición en Departamento de Ciencias de la Salud y se encargó de la organización del mismo.

El 3 de abril de 1983, a los 69 años de edad, cuando se aprestaba a competir en las elecciones de octubre como

candidato a gobernador de Salta, tras el regreso de la democracia, cayó enfermo.

Falleció el 11 de septiembre de 1985.

El doctor Arturo Oñativia, a pesar de todos los avatares, disfrutó de un gran reconocimiento por parte de la comunidad científica y de la población en general. Recibió innumerables premios. Entre otros, al mejor trabajo científico, otorgado por la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires (1954); el Premio Mariano Castex, entregado por la Academia Nacional de Medicina (1970); el Premio Essex de la Sociedad Argentina de Progresos en Medicina Interna (1975); el Premio al Mérito Distinguido del Círculo Médico de Salta (1984); la Medalla de Oro, otorgada por el Servicio Nacional de Agua Potable (SNAP) al cumplirse los veinte años de su creación y el diploma de Honor y el Konex de platino (1983) en la especialidad de bromatología.

Fue un hombre que no sólo se destacó como médico, docente e investigador, sino también como político. Fue capaz de generar y gestionar, a través de la función pública, obras trascendentes de enorme envergadura y beneficio para la sociedad argentina.

Arturo Oñativia pudo unir, en perfecta armonía, su formación médica con su vocación política y en consecuencia su obra trascendió y sirvió para mejorar los niveles de salud de

millones de hombres y mujeres de nuestro país.

Por su gran capacidad analítica, siempre desarrolló en sus proyectos una detallada metodología, documentó sus observaciones clínicas y epidemiológicas, las que se traducían en trabajos científicos e informes técnicos de suma relevancia para el desarrollo de políticas públicas de Salud.

Sus colegas destacaron su capacidad de observación, su prolija minuciosidad en el examen clínico que realizaba a sus pacientes, sin perder nunca de vista que el enfermo es una persona cuya unidad psicofísica debe ser comprendida en forma íntegra. Este abordaje pone de manifiesto su profunda formación humanística.

Integra el selecto grupo de veinte Héroes de la Salud en Argentina que, a juicio de un comité de expertos convocados por la Organización Panamericana de Salud (OPS-OMS), se destacaron en los últimos cien años por sus aportes a la medicina local. Desde el año 2014, el 16 de abril, día de su nacimiento, fue instituido por el Círculo Médico de Salta como "Día del Médico salteño".



*Los presidentes de Argentina, Arturo Illia, e Italia, Giuseppe Saragat, inauguran el Curso Internacional de Medicina Social en el Hospital Italiano. 17/9/65.*

## La lucha contra el bocio endémico



*(Información extraída del texto La endemia bocio-cretínica en la República Argentina. Reseña cronológica breve y actualizada de los doctores Jorge P Salvaneschi y Jerónimo García).*

El bocio endémico es el aumento de tamaño de la glándula tiroidea producido, comúnmente, por un contenido inadecuado de yodo en la dieta. Dicha enfermedad suele presentarse en áreas geográficas con suelos pobres en yodo, alejadas de las costas marinas. La insuficiente ingestión de yodo, además del bocio, produce otras graves enfermedades como el cretinismo, la debilidad mental, los abortos y la sordomudez.

El bocio con carácter de endémico es la afección más extendida del mundo, no hay país ni región donde, con características geológicas similares, la deficiencia de yodo no se haga sentir con sus consecuencias del bocio y el cretinismo endémicos. La Organización Mundial de la Salud calcula en 2.200 millones de personas afectadas o en riesgo de padecerla.

Desde los tiempos de la colonia, viajeros y naturalistas observaron la existencia de personas con bocio tanto en la zona cordillerana como mesopotámica de nuestro país.

Las primeras experiencias del tratamiento del bocio en Argentina fueron realizadas en 1823 por el químico Manuel Moreno, hermano de Mariano, quien utilizó yodato de

potasio con excelentes resultados. Pero una ingestión demasiado alta provocaba casos de yodismo y era común la reaparición de los bocios, por lo que este tratamiento fue abandonado.

En 1869, al realizarse el primer Censo Nacional, se extrajeron datos de la endemia bociocretínica y se comprobó que sólo en Mendoza de cada mil habitantes, 27 sufrían bocio, 5 cretinismo y 13 de sordomudez. Altas proporciones también se daban en todas las provincias norteafricanas.

Entrado el siglo XX, durante el gobierno de Araos Alfaro, se realizó una encuesta en Salta entre escolares del Valle de Lerma y se corroboró que había una prevalencia de bocio del 87 % en varones y del 88 % en las mujeres y se recomendó la implementación de la profilaxis con yodo que esporádicamente se aplicó en varias provincias mediante chocolates yodados o pastillas de yodo.

En 1930 Bernardo Houssay señaló la importancia de la endemia y propuso un esquema general para la lucha contra el bocio y el cretinismo endémico. Años después, mediante el senador Alfredo Palacios, se propuso y fue aprobado en el Congreso Nacional, la creación del Instituto del Bocio en Mendoza y la Comisión Nacional de lucha contra el bocio endémico.

A su vez se incrementaba el reparto de comprimidos de yodo en las provincias del norte y se efectivizó la venta

de sal yodada en Mendoza. Por esos años, también se presentó un proyecto de ley para la yodización de la sal que no llegó a ser promulgado.

En 1958 finalmente se creó la Comisión Nacional de Lucha contra el Bocio Endémico, propuesta casi veinte años atrás por Alfredo Palacios, que estuvo integrada por los doctores Bernardo A. Houssay, Enrique B. del Castillo, Héctor Perinetti, Juan M. Allende, Carlos Bravo, Arturo Oñativia, Mauricio Rapoport, Eduardo Trucco y Alberto B. Houssay.

## El aporte de Oñativia

Tras ejercer la medicina durante más de quince años en distintos centros de salud de la ciudad de Buenos Aires, el doctor Oñativia regresó en 1955 a su Salta natal. Volvió decidido a volcar toda su capacidad y energía en la creación y en la puesta en marcha del Instituto del Bocio para luchar contra la endemia que sufría la población del Noroeste Andino.

Por aquellos años, las estadísticas señalaban niveles altísimos en el impacto del bocio en la población salteña con una prevalencia del cretinismo bocioso del 41% y hasta del 100 % en algunas regiones, como en el Valle Lema.

Esta enfermedad afectaba de manera definitiva el desarrollo intelectual de las personas en una muy extensa

región y tenía repercusiones no sólo individuales sino sociales: una gran porción de la población de nuestro país estaba virtualmente “condenada” al subdesarrollo intelectual y económico debido a una deficiencia en el tratamiento del bocio (cretinos, idiotas, opas, arrastrapas, babosos, sordomudos).

Ante perspectivas tan dramáticas, la creación del instituto –que Oñativia condujo hasta su muerte– contó con el apoyo de la población de la región, de la Universidad de Tucumán, de los gobiernos de las provincias afectadas y de la Nación, pero por sobre todo con la inquebrantable fe, perseverancia y capacidad de trabajo del doctor Oñativia.

El Instituto del Bocio, luego renombrado como Instituto de Endocrinología, fue modelo hospitalario por su atención al enfermo, por su producción científica, por la formación de médicos y paramédicos especializados y por la interrelación y la sinergia que se generó con otras instituciones del país y del extranjero.

Gracias a su gestión, en 1963 se efectivizó en la provincia de Salta el expendio obligatorio de sal yodada estable, descubierto en Francia en la casa Poulenc, mientras que, gracias a los estudios de los investigadores del área de las ciencias naturales, se fueron estableciendo las regiones con escasez de yodo ambiental, lo que facilitó los diagnósticos etiológicos y el tratamiento de la enfermedad.

JORNADAS BIENALES DE  
MEDICINA SOCIAL  
Y DEL TRABAJO



*Inauguración de la Jornadas bienales de Medicina Social y del Trabajo. 17/9/65*

El año 1965, durante el gobierno de Arturo Illia, marca el comienzo de una etapa fundamental en la lucha contra la endemia con la llegada del Dr. Oñativia al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

Una de sus primeras medidas es la conformación del “Programa Nacional de lucha contra el Bocio Endémico”, un organismo con funciones ejecutivas. Con el auspicio de UNICEF y la OMS realiza en Salta el “Seminario Internacional para la yodación de la sal para la prevención del bocio endémico” y a continuación la “Primera reunión del Programa Nacional de lucha contra el Bocio Endémico” con asistencia de delegados provinciales que actualizaron la situación de sus respectivas provincias.

También por iniciativa suya se realizó una encuesta sobre muestras probabilísticas para edad y sexo de varones de 20 años, que concurrían al examen médico previo a su incorporación al Servicio Militar Obligatorio. El estudio abarcó diez provincias: en ocho las muestras eran representativas del total de cada provincia y en las otras dos de una zona amplia de cada una de ellas.

Simultáneamente se realizó otra encuesta entre escolares en 5 departamentos de Corrientes, 3 de La Pampa, 3 de Neuquén y la ciudad de Formosa. Las encuestas se realizaron con la participación de médicos especialistas locales, en cada jurisdicción, coordinados por el Programa

Nacional de lucha contra el Bocio Endémico.

Dicho Programa en 1966 ya tenía informes suficientes de cada jurisdicción que justificaban la necesidad de una legislación que abarcara todo el país y, basado en las experiencias del doctor Perinetti en Mendoza y la suya en Salta, elaboró un proyecto de ley de profilaxis con la obligatoriedad de enriquecer con yodo la sal para uso alimentario humano y animal.

Finalmente fue promulgada y sancionada el 2 de mayo de 1967 como ley 17.259/67, con Decretos Reglamentarios 4277/67 y 1742/68; la que comenzó a hacerse efectiva en 1970.

Con esta ley de *“Obligatoriedad del uso de la sal enriquecida con yodo como profilaxis del bocio endémico”* se reglamentó el enriquecimiento de la sal con yodo para uso alimentario humano y animal y se fundamentó en estudios realizados en diferentes provincias como Catamarca, Chaco, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Mendoza, Misiones, Neuquén, San Juan, San Luis, Salta, Tucumán y Tierra del Fuego, en las que el índice de bocio oscilaba entre el 12 y el 50 por ciento.

También se consideró el uso de sal enriquecida para la alimentación animal, ya que al tener la carne un muy alto consumo en nuestro país, era bueno que la sal enriquecida llegara al ser humano a través de esa vía. Además, se detectó que en el ganado lanar, vacuno y porcino, la

carencia de yodo alteraba su reproducción y su pelaje, acarreado consecuencias adversas incluso desde el punto de vista económico.

El nivel de yodación elegido fue de una parte de yodo en treinta mil partes de sal (1:30.000), lo que equivale a 33,3 µg de yodo por gramo de sal. Con ese nivel, aceptando que el consumo diario por persona es de 10 g de sal enriquecida, se asegura el aporte de yodo necesario para la organificación intratiroides. A estas conclusiones se llegó luego de estudiar el metabolismo del yodo en varias localidades y épocas del año.

20

Según declaraciones juradas de los productores de sal, en 1970 el 78% de la sal comercializada era enriquecida con yodo, y en 1971, el 87% tenía niveles acordes con la reglamentación vigente.

En 1997, a la Ley 17.259 se le agregó una especificación en el artículo 10 que señalaba que las sales producidas con disminución de sodio para el consumo en personas con hipertensión, también debían ser enriquecidas con yodo.

En la actualidad, la obligación de enriquecer con yodo la sal para uso alimentario y animal como método de profilaxis logró asegurar la eliminación de la enfermedad como problema sanitario. Muchos fueron los médicos, investigadores y sanitarios que hicieron su aporte a esta

realidad pero, entre ellos, se destaca sin dudas la figura del doctor Arturo Oñativia.



*Arturo Oñativia*

Ministro de salud de Illia



Tras el derrocamiento del presidente Arturo Frondizi en 1962 el cargo de Presidente de la Nación fue asumido provisoriamente por el Dr. José María Guido, Vice Presidente del Senado, con acuerdo de las Fuerzas Armadas y de la Corte Suprema de Justicia.

Tras su breve gobierno, surcado de internas militares, se convocó a elecciones para julio de 1963. Arturo Illia, hasta entonces un poco conocido dirigente cordobés de la UCR, se impuso en esas elecciones con apenas el 25,15% de los votos. La segunda fuerza fue el voto en blanco ordenado por Perón desde Madrid con 19,72% en protesta contra la proscripción del peronismo y la tercera correspondió a la UCR Intransigente del Dr. Oscar Alende.

El dirigente radical asumía el poder con una marcada debilidad y casi desde el primer día de su gestión se vio jaqueado por distintas fuerzas y fue criticado y ridiculizado hasta la exasperación. Desde su primer día de gobierno, Illia contó con la antipatía del sindicalismo vandorista, con el rechazo de los polos económicos-financieros liberales vinculados a los intereses petrolíferos norteamericanos –favorecidos por Frondizi– y la permanente amenaza de las Fuerzas Armadas encabezadas por el general Onganía. Sin olvidar el constante acoso de diversos medios de comunicación que lo caricaturizaban implacablemente.

Sin embargo, los problemas políticos de Illia no afectaron tanto su gestión y el país tuvo una inesperada y rápida recuperación económica: aumentó el consumo, crecieron las inversiones y el crédito, la educación tuvo un presupuesto como nunca en su historia (23 % del presupuesto nacional), hubo un plan de disminución de deuda con los funcionarios públicos y proveedores del Estado, se disminuyó el gasto público y el déficit presupuestario en relación al crecimiento del producto bruto interno y aumentó la producción sin acudir al crédito extranjero ni a la venta de activos nacionales.

Otro logro importante de su gestión estuvo signado por la política sanitaria que llevó adelante su ministro de Asistencia Social y Salud Pública, el doctor Arturo Oñativia, acompañado por el pediatra porteño doctor Bernabé Cantlon como subsecretario y asesorado por el cirujano misionero Plácido E. Nosiglia.

La extensa tarea de este médico salteño en la cartera sanitaria nacional se plasmó a través de un exhaustivo plan que incluía medidas de respuesta al Chagas, la tuberculosis, la mortalidad infantil, el paludismo, así como a la viruela, difteria, tétanos, coqueluche y tifoidea a través de las inmunizaciones.

Por ser un hombre del interior, Oñativia conocía profundamente las secuelas que la pobreza generaba en

la salud de las comunidades de vastas zonas del país; por ello, sostenía que las políticas sanitarias debían asumir una genuina coordinación con los planes nacionales de desarrollo social y económico.

Oñativia se oponía a la transferencia de los servicios sanitarios a las jurisdicciones sin garantizar un adecuado financiamiento, razón por la cual cuestionaba el modo en que se había efectuado este traspaso a partir de 1957, ya que no había hecho más que agravar el deterioro de la asistencia médica en muchos hospitales del interior.

*“Mientras no se resuelva una efectiva política de descentralización que posibilite el desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el auge de las autonomías económicas provinciales, no se les permitirá, entre otras cosas, absorber los presupuestos que les demanda la medicina asistencial. Mientras tanto, Salud Pública de la Nación debe asumir la responsabilidad de mantener la eficiencia de sus hospitales”.*

La orientación que adoptó el gobierno de Illia era que la actividad estatal en Salud debía estar insertada en un proyecto de política sanitaria global, que a su vez obligue a una reorganización extensa del sector oficial.

En correspondencia con el Presidente, Oñativia pensaba que la Salud Pública debía integrarse a los planes de

desarrollo donde el saneamiento ambiental, la educación, la ocupación plena con salario justo y la vivienda eran parte de un mismo propósito. Por ese motivo, instauró el Departamento de Planificación y Evaluación de la Salud bajo la conducción del mencionado Cantlon.

Oñativia promovió la descentralización ejecutiva de la Sanidad Nacional en cada distrito mediante la reorganización de las delegaciones sanitarias federales, que en 1964 pasaron a depender de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, la Maternidad Ramón Sardá y el Instituto del Quemado y de Cirugía Plástica y Reparadora.

El ministro salteño también remarcaba la retroalimentación evidente entre pobreza y enfermedad: una determinaba a la otra sin solución de continuidad. Interesó a los economistas en la temática sanitaria y marcó su influencia en los cambios del medio ambiente, en las tasas de crecimiento y en los índices demográficos. Concibió el Plan Nacional de Estadísticas Sanitarias con el fin de analizar la información registrada en todo el territorio argentino. Desde su perspectiva, hasta que no se desarrollasen las economías provinciales, la Nación debería encargarse de la asistencia médica esencial.

Mediante los Centros Regionales de Investigación Nutricional, Oñativia buscó resolver los trastornos

alimentarios propios de cada lugar. A través de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo, financió el Plan Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento Rural. Además, desde su Ministerio, coordinó con la Secretaría de Obras Públicas y Obras Sanitarias las acciones necesarias para que 234 localidades de siete provincias gozaran de sus beneficios. Incluso dentro de su gestión se inauguró el Hospital San Vicente de Paul en Orán, Salta, diseñado por los arquitectos Llauro-Urgell.

Siempre dentro de la misma línea, se ocupó de investigar los costos hospitalarios y elevó al Congreso un proyecto de ley de reforma en el sector, que obtuvo media sanción en enero de 1965; según los planes, estaría instrumentado a través de la capacidad instalada en ese momento y asegurado en zonas desamparadas por los respectivos organismos de aplicación.

Durante su gestión se impulsó el proyecto de reforma del sistema hospitalario nacional, que proponía la autarquía administrativo-financiera de estos efectores, la extensión de su horario de atención, la oferta de servicios a afiliados de obras sociales y particulares pudientes y la intervención activa de la comunidad mediante la creación de un consejo de administración que conduciría y controlaría la política hospitalaria de acuerdo a los objetivos fijados.

Bajo este impulso diseñó los modelos SAMIC (Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad) que fueron

convertidos en ley (Nº 17102/67) durante la dictadura de Onganía y que aún mantienen vigencia.

Por otra parte, la escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires recibió un fuerte impulso durante su gestión, lo que posibilitó la formación de toda una generación de prestigiosos sanitaristas argentinos y extranjeros.

Es importante destacar un proyecto de ley que en muchas biografías es ignorado: el que procuraba universalizar el acceso a un Seguro de Salud para el conjunto de la población que tenía media sanción cuando se produjo el golpe militar.

Luego del golpe de Estado, al asumir el cargo el nuevo secretario de Salud Pública de la Nación, Dr. Ezequiel D. Holmberg declaró al diario La Prensa el 21 de julio de 1966: *“Nos encontramos con mucho hecho, planeado y pensado. Creemos que seremos los ejecutores de una política que ya está encaminada. En ello pondremos nuestro empeño”*.

Sin embargo, el gobierno surgido del levantamiento militar del 26 de junio de 1966, no dejó en pie casi ninguna de las importantes políticas de salud de Oñativia y, mucho menos, la Ley de Medicamentos.

## Ley de Medicamentos



El gobierno de Arturo Illia, inspirado en la gestión del ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, doctor Arturo Oñativia, llevó adelante una fuerte política sanitaria que tuvo como hito fundamental la lucha contra los laboratorios médicos y la industria farmacéutica mediante dos leyes que en conjunto fueron denominadas Ley de medicamentos o, directamente, Ley Oñativia.

Los proyectos de esa ley fueron elaborados en base al estudio de dos comisiones. Una formada por médicos, bioquímicos y especialistas en farmacología; otra, integrada por contadores y economistas que se dedicaron al estudio de los costos de los medicamentos.

La comisión integrada por especialistas en ciencias de la Salud trabajó sobre muestras de más de 20.000 medicamentos y halló que gran cantidad de los mismos carecían de las sustancias que decían contener o no las tenían en las proporciones declaradas en sus prospectos.

La comisión de contadores, por su parte, constató que los grandes laboratorios poseían un doble juego de libros de contabilidad que les facilitaba exagerar los costos para maximizar sus ganancias.

El gobierno les dio a los laboratorios un plazo de seis meses para aclarar y corregir la situación, pero las empresas, conscientes de su poder, no se dignaron contestar.

Así recordaba Illia esa situación:

*“Cuando comenzaron a estudiarse los costos, quisieron presentar libros que no contenían la verdad, pues los grandes laboratorios de origen internacional tenían doble juego de libros. Pero con nosotros no hubo doble juego. Fueron los hombres de la Dirección General Impositiva y tuvieron que presentar los libros correctos, pudiéndose comprobar que un medicamento que a lo mejor tenía un costo de un peso se vendía supongamos a 50 o a 100, lo que era una desmesura tremenda. Por una parte, el medicamento no contenía lo que debía contener y por otra el precio era verdaderamente superior al costo de producción. Mandamos al Congreso de la Nación un mensaje para que, mientras seguíamos todo este estudio de los medicamentos, se congelara el precio de ellos. Los laboratorios protestaron y dijeron que éste era un gobierno dirigista que se entrometía en la elaboración de los específicos donde ellos eran verdaderos expertos. Entonces nosotros propusimos que cada laboratorio hiciese una declaración jurada que dijera cómo interpretaba los costos y que afirmara cuál era la calidad de sus medicamentos. Se les dieron seis meses para que presentara la declaración jurada, mientras los precios seguían congelados. Pero ningún laboratorio presentó la declaración jurada; ¿cómo iban a presentarla frente a las comprobaciones que habían hecho las comisiones designadas por el gobierno nacional?”*

En su informe en la Cámara de Diputados, el Dr. Oñativia señaló que estaban inscriptos 825 laboratorios medicinales

(muchos de ellos elaboraban sólo 1 producto) que tenían registrados más de 33.000 medicamentos y que el costo de la materia prima no guardaba proporción con el de publicidad. También denunció que los laboratorios eran remisos a revelar sus verdaderos costos de producción y que desde hacía años no se realizaba ningún control sobre la elaboración de medicamentos. Finalmente señaló que la industria farmacéutica, salvo honrosas excepciones, estaba impulsada por un simple afán especulativo y comercial.

Para Oñativia los medicamentos no podían ser considerados una mercadería común ya que su falta pone en riesgo la vida humana. Por eso proponía definirlos como “bienes de interés social”, de modo de que en caso de emergencia sanitaria el derecho al lucro no primara sobre el derecho a la vida. Es decir: el gobierno le otorgaba al medicamento el valor de un bien social, un objeto comercial diferenciado debido a que las personas enfermas debían comprarlo de manera ineludible y forzosa. Postura avalada por diversos acuerdos internacionales firmados por nuestro país tanto ayer como hoy.

La Ley Oñativia, una de las primeras en ser enviadas al Congreso de la Nación durante el gobierno radical, el 15 de enero de 1964, no sólo diferenciaba a los remedios de otros productos comerciales sino que también buscaba establecer una política de precios, de control de medicamentos y de prescripción según nombre genérico.

También fijaba límites para los gastos de publicidad y los pagos al exterior en concepto de regalías. Se proponía moralizar el negocio de los fármacos.

Finalmente, el 23 de julio y el 28 de agosto de 1964 fueron sancionadas las leyes nacionales N° 16462 y 16463. La medida se complementó con el Decreto 6508 del 24 de agosto de 1964, por el cual fueron congelados los precios de los medicamentos hasta el 30 de noviembre de ese año y con la reglamentación de la ley por el Decreto 3042/65 que fijó además la obligación para las empresas de presentar mediante declaración jurada un análisis de costos y a formalizar todos los contratos de regalías existentes.

### Considerandos

La ley 16.462 tenía por objeto la *contención y disminución de los precios de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana*. Para ello dictaba normas de ordenamiento de la producción, regulaba la importación y exportación, controlaba las existencias, fijaba márgenes de beneficio, establecía precios de venta, promovía la creación de cooperativas farmacéuticas y confería la posibilidad de acudir a allanamientos, comparendos y secuestros para garantizar el ejercicio de las facultades conferidas por la ley.

El artículo 3º, por ejemplo, habilitaba a las farmacias de las asociaciones de bien público y de beneficencia, cooperativas de consumo, mutuales, obras sociales o sindicatos a adquirir directamente de los fabricantes o importadores, las drogas de utilización medicinal y las especialidades medicinales eliminando así una intermediación parásita de laboratorios que no fabricaban las drogas en el país.

Uno de los artículos que más debe haber molestado a las empresas fabricantes de medicamentos es el 14º que establecía que en caso de declaración de urgencia o emergencia sanitaria (con una duración máxima de 2 años) el PEN podía expropiar *las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos y elementos de diagnóstico para uso y aplicación en la medicina humana* depositando previamente (como establece todavía la ley nacional de expropiación) *el precio de costo más una suma que no podrá exceder del diez por ciento, para las materias primas y hasta el precio establecido para los demás productos sometidos al régimen de esta ley, graduado de acuerdo con la etapa de comercialización.*

En caso de incumplimiento de lo anterior, el artículo 5º establecía penas que iban desde el apercibimiento y multas hasta la clausura definitiva, la inhabilitación definitiva en el ejercicio de la actividad o profesión y el comiso de los bienes. Las multas no ingresaban al erario nacional sino a un Fondo Nacional de la Salud.

La ley 16.463 regulaba la importación, exportación, producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización o depósito en jurisdicción nacional o con destino al comercio interprovincial, de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana.

Estas actividades sólo podían realizarse con autorización previa y bajo el control del Ministerio (en establecimientos habilitados por el mismo y bajo la dirección técnica del profesional universitario correspondiente) y sólo se habilitarán laboratorios medicinales que fabriquen sus productos, quedando excluidos los que se limiten a envasar los de terceros.

Los productos debían reunir las condiciones establecidas en la farmacopea argentina: la autoridad sanitaria podía establecer contenidos máximos y mínimos de los envases y la duración de la autorización de expendio tenía una duración máxima de 5 años para poder evaluar periódicamente su conveniencia.

Se crearon el Formulario Terapéutico Nacional —que contendría la recopilación de fórmulas magistrales de uso frecuente y de acción farmacológica y utilidad terapéutica reconocidas— y la Comisión Permanente de la Farmacopea Argentina —que la revisaría periódicamente, de acuerdo con el progreso de la ciencia, y asesorará a los organismos

públicos en las materias de su competencia.

También se creó y asignó presupuesto al Instituto de Farmacología y de Normalización de Drogas y Medicamentos para el análisis, control e investigación de productos que pudieran afectar la salud humana.

Los productos medicinales debían estar técnicamente bien identificados estableciendo cómo era su expendio (libre, bajo receta, bajo receta archivada y bajo receta y decreto), se regulaban las drogas adictivas y se prohibía la publicidad engañosa o que indujera a la automedicación.

De la misma forma se establecían las penas y regulaban los procedimientos a seguir en caso de violación de la ley, estableciendo el carácter federal y atentatorio contra la seguridad pública de los delitos según el Código Penal.

Lamentablemente, al pasar por el Senado, controlado por la oposición a Illia, se quitó de la ley el carácter de bienes de interés social y la fijación uniforme de sus precios. Pese a esto la ley sancionada permitió la eliminación de más de 10.000 pseudo medicamentos cuya proliferación permitía el aumento de precios en desmedro de la salud y el bolsillo de sus compradores.

## La reacción

La presión de los laboratorios extranjeros –sobre todo suizos- para impedir que esta normativa se reglamentara fue permanente, a tal punto que los organismos financieros advirtieron al mismo Presidente que su vigencia ponía en peligro la renegociación de la deuda con el Club de París y el otorgamiento de nuevos créditos para el país.

Los arduos debates tras su sanción, llevaron seis meses en los que se hicieron sentir las tremendas presiones de los todopoderosos laboratorios multinacionales, que llenaban de solicitudes los diarios.

El semanario *Confirmado* fue uno de los que llevó adelante la campaña en defensa de los laboratorios, asustando al público con que el brote de gripe del año 65 traería escasez de antibióticos o que la reglamentación de ambas leyes provocaría el cierre de establecimientos y despidos en masa.

La campaña de *Confirmado* tuvo su punto culminante en un informe especial titulado “*La industria farmacéutica en Argentina. Informe especial número 2*”, donde no sólo hacían una apología desembozada del punto de vista empresario sino que auguraban la destrucción de la industria y los peligros para la seguridad nacional que eso traería.

Años después el presidente y médico Illia lo recordaría: *“Los distintos gobiernos [...] estaban dispuestos a refinanciar la deuda [y] mandamos a nuestros negociadores a París [...]. Pero en el convenio que se había firmado en la época de Aramburu se establecía que si uno solo de ellos se oponía a una modificación del convenio, éste no podría ser modificado. Suponíamos que en 24 o 48 horas se arreglaba todo, pero resultó que un integrante no estaba de acuerdo con la refinanciación de la deuda. El país este era Suiza. Nos llamó la atención porque el menor crédito que teníamos con el exterior era casualmente con Suiza. Se pusieron firmes los señores y nos dijeron que no podían refinanciar la deuda porque Suiza se oponía, pero que [si se levantaba] el congelamiento de los precios de los medicamentos sí habría refinanciación. Le contestamos naturalmente con buenas palabras, que fueron a donde deberían ir, que el gobierno argentino no se sometería de ninguna manera a hechos de esa naturaleza y que nosotros teníamos para pagar 70 millones de dólares... Puesta sobre la mesa tal proposición argentina, [...] rápidamente aceptaron el resto de los países la renegociación de la deuda”.*

### **Derogación y después**

Finalmente, como recordaría Illia, “a los diez días de caer nuestro gobierno el Sr. Onganía decretó el precio libre para los medicamentos y poco después derogó la Ley 16.462”. A partir de ahí y durante más de medio siglo, gracias al lobby de los laboratorios medicinales y a la apatía o connivencia

de los legisladores, se viene impidiendo la sanción de una Ley Nacional de Medicamentos y su ausencia representa un verdadero atropello a la Salud Pública.

Con el retorno de la democracia, Aldo Neri, ministro de Salud de Raúl Alfonsín, convocó a todos los sectores involucrados en el mercado farmacéutico para discutir una Ley Nacional de Medicamentos. Los colegios profesionales de médicos y farmacéuticos acudieron a la convocatoria e incluso uno de ellos, Antonio Somaini, presidente del Colegio de Farmacéuticos de Capital Federal, recibió intimidaciones telefónicas recomendándole que no se metiera con la industria.

Los laboratorios, en cambio, optaron por boicotear la convocatoria y acudieron al ministro de Economía, Juan Vital Sourrouille, quien a su vez le calentó los oídos a Alfonsín de que esa ley sería un obstáculo para las negociaciones que mantenía con el FMI. Una historia similar a la reflejada por Illia y el Club de París.

El mismo Aldo Neri y Silvia Martínez, por entonces diputados nacionales, impulsaron entre 2003 y 2005 la sanción de una Ley Nacional de Medicamentos pero los proyectos fueron cajoneados sucesivamente en las Comisiones de Salud de Diputados.

En síntesis, todos los intentos por imponer un texto regulatorio para el sector fracasaron y el único avance para

recortar la voracidad empresaria fue la Ley de Prescripción de Genéricos sancionada en 2002 por el Congreso, a instancias del ministro Ginés González García.

En la actualidad en nuestro país algunos medicamentos llegan al mostrador de las farmacias con una diferencia de más del 33.000% con relación al costo de la materia prima. Según un informe que difundió en 2007 la Asociación de Agentes de Propaganda Médica, el Losec –omeprazol- de Astra-Zeneca tiene un costo de \$ 0,13 por unidad pero se vende en las farmacias a \$43,16. Y el Lexotanil de Roche, uno de los tres medicamentos de mayor venta en el país, se vende con un sobreprecio de 2.258%.



*El presidente Illia, junto al ministro Oñativia, recibe en Casa de Gobierno a una delegación de médicos (1), a Plácido Nosiglia, subsecretario de Salud Pública (2), y al rector de la Universidad de Tucumán (3).*



*El presidente Illia toma juramento al Ministro Oñativia en el Salón Blanco de la Casa de gobierno. 12/10/63.*

## La política social de Oñativia



(Extraído del libro *Retos para la integración social de los pobres en América Latina. Los olvidados de la política social*. Laura Golbert. CLACSO. 2009

[...]

En (un) escenario extremadamente complejo, la administración radical intentaba mantener el orden social e impulsar el desarrollo de la economía. Para el logro de tales objetivos, el gobierno confiaba en organismos estatales de planificación como el Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE), creado en los años del gobierno de Frondizi.

En la concepción del gobierno –que apostaba al desarrollo del mercado interno y a mejorar la distribución implementando políticas keynesianas –, el Estado debía cumplir un rol activo en la planificación y elaboración de políticas públicas. Para ello resultaba necesario contar con estadísticas, con información sistemática sobre la situación socio laboral del país. Así, en esos años comienzan a elaborarse las primeras cifras oficiales sobre desempleo.

En 1964, el CONADE presentó el Plan Nacional de Desarrollo (1965-1969). En el capítulo dedicado a las políticas sociales (que comprende vivienda, educación y salud) no sólo se hace un diagnóstico de la situación de estas áreas, sino que también se plantean metas a cumplir. La más notoria de las acciones del gobierno en el campo médico asistencial fue la Ley de

Medicamentos (enero de 1964), conocida como la Ley Oñativia. Pero no fue el único intento de innovación del gobierno del Dr. Illia y de su ministro de Asistencia Social y Salud.

Fiel a su creencia de que para gobernar es necesario planificar, Arturo Oñativia elaboró un programa de acción de cuatro años (1966-1970) en el que se analizaban las capacidades y deficiencias del Ministerio y la situación de la salud de los argentinos y se presentaban propuestas tanto en el campo de la salud como en el asistencial. Son varias las novedades que trae este documento en el área de las políticas asistenciales. Por primera vez, se define un campo específico para las políticas sociales desde la óptica del bienestar de la población.

*“La política social que es la materia específica que debe desarrollarse desde este Consejo supone realizaciones tendientes a obtener niveles máximos de bienestar en nuestro pueblo. Pero si pensamos en la amplitud y diversidad de acciones que implica este campo, desde la política demográfica con sus consecuencias sociales (habitación, trabajo, desempleo, polarizaciones demográficas, migraciones internas, etc.), la protección a los núcleos familiares, la aguda cuestión de la minoridad y los desajustes psicológicos y sociales de la adolescencia, la educación, la salud, los problemas del trabajo y la seguridad social, la educación y rehabilitación de los ciegos, las implicancias socioeconómicas de la vida urbana y tantas otras, es sensato pensar que desde este sector del Ministerio tenemos problemas específicos que resolver y que, por otra*

*parte, muchos de ellos comparten jurisdicciones comunes con otras disciplinas y organismos oficiales y privados. Estamos obligados, entonces, a la coparticipación de responsabilidades, a la colaboración estrecha y a la permanente inquietud de ser partícipes de intervenir en el bienestar del hombre argentino y del desarrollo de las comunidades que él constituye e integra (Ministerio de Asistencia Social y Salud, 1966: 622)."*

Esta definición implicó cambiar el rumbo de la política, en su orientación, en la definición del beneficiario y en la participación de distintos actores en la gestión de los programas. Mientras que la Sociedad de Beneficencia distinguía entre pobres mercedores y no mercedores, la Fundación Eva Perón consideraba que su tarea era *"dignificar"* a los humildes y Frondizi confiaba en el desarrollo, el gobierno presidido por Illia comenzaba a hablar de mejorar los niveles de bienestar a los *"que tienen derecho el individuo, los grupos y las comunidades"* (Ministerio de Asistencia Social y Salud, 1966: 622).

Para lograr este objetivo de bienestar que suponía tener en cuenta no ya la mera satisfacción de necesidades básicas, el gobierno convoca a la comunidad. En el nuevo diseño institucional propuesto, si bien el Estado nacional estaba llamado a desempeñar un papel clave en la planificación de las acciones tendientes al bienestar, se incluía la participación de distintos organismos y niveles gubernamentales así como organizaciones de la sociedad civil.

En segundo lugar, y en coincidencia con lo anterior, el gobierno se plantea la jerarquización tanto del área como de los profesionales de la asistencia social.

*"La organización y desarrollo de la comunidad para hacerla partícipe de los problemas que nos son comunes no puede ser el esfuerzo del trabajador o asistente social disperso en diversas direcciones técnicas o integrando programas aislados, sino que ha de ser el resultado de una planificación del bienestar que responda a una política general del Ministerio y que coordine acciones sanitarias sociales, comprometiendo a todos los sectores en la técnica de la organización y desarrollo de la comunidad (Ministerio de Asistencia Social y Salud, 1966: 623)."*

**¿Cuáles fueron las acciones que llevó a cabo el gobierno para poner en marcha sus propuestas?** Pocos días antes de la asunción del Dr. Illia a la Presidencia de la Nación, el gobierno encabezado por José María Guido crea el Consejo Nacional de Asistencia Social en reemplazo de la Dirección Nacional de Asistencia Social como un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y autarquía financiera.

Dicho Consejo estaría integrado por un presidente y once consejeros designados por el Poder Ejecutivo Nacional a propuesta del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, el que los elegiría a su vez de una lista elaborada por instituciones religiosas y organismos públicos con finalidades de bienestar social y entre personas que acreditaran reconocida actuación

en obras destinadas al bienestar de la comunidad.

Las funciones que le fueron asignadas no innovaban demasiado respecto de las acciones que en su momento le fueron encomendadas a la Dirección Nacional de Asistencia Social: la prevención y asistencia de los estados de necesidad individuales y colectivos; el fortalecimiento de las aptitudes individuales para la solución de las necesidades sociales de las personas y las familias; el robustecimiento del núcleo familiar; la protección de las madres desamparadas, ancianos, disminuidos físicos y sensoriales; la prevención y readaptación social de las víctimas de toxicomanía, alcoholismo, prostitución o desviaciones sexuales; el encauzamiento y coordinación de los esfuerzos públicos y privados destinados a satisfacer los estados de necesidad individuales y colectivos; la promoción de los sentimientos de solidaridad y cooperación de los integrantes de la comunidad.

En octubre de 1964, el Poder Ejecutivo decide intervenir el Consejo y eleva al Congreso de la Nación un pedido para derogar el Decreto Ley 8924. La principal objeción era que un organismo descentralizado impedía la realización de tareas conjuntas y duplicaba esfuerzos –observación que refleja la preocupación por consolidar un Estado ordenado en el que, para que funcione de manera planificada, debe fortalecerse su administración–. Sin embargo, hubo de pasar casi un año antes de que la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública de la Cámara de Diputados tratara el pedido del Ejecutivo. Es

recién el 29 de octubre de 1965 que el Congreso de la Nación deroga la autarquía del Consejo Nacional de Asistencia Social.

En enero de 1965 se había designado al Dr. Sergio Provenzano como interventor del Consejo, intervención que le imprimiría al organismo un mayor dinamismo y una orientación acorde con la política del Ministerio. El Consejo debía constituirse en el órgano técnico del Estado que posibilitara la instauración de un régimen de seguridad social previsto por el artículo 14 bis de la Constitución Nacional.

Para cumplir con estos propósitos se decide una reorganización del organismo. Además de un Comité de Coordinación, Programación y Evaluación, se conformaron distintos departamentos: uno de casos individuales que se ocuparía de la ayuda directa, los subsidios, la orientación laboral y casos especiales, los hogares e institutos para ancianos, no videntes, niños y adultos; otro de servicios especiales encargado de administrar los talleres de producción para no videntes, una editora nacional de braille, una biblioteca y una división de estadística.

Junto con estos departamentos, de orientación más tradicional, se organizaron otras dos divisiones: el Instituto de Servicio Social para la formación de técnicos y el Departamento de Bienestar Social.

Si bien en los años de Frondizi ya se había creado el Instituto

de Servicio Social, la propuesta del ministro Oñativia fue convertirlo en un organismo de capacitación superior, siguiendo los Cursos Nacionales e Interamericanos de Administración del Programa de Bienestar Social de la Organización de Estados Americanos (OEA).

Coincidentemente, el Poder Ejecutivo elevó al Congreso de la Nación, en julio de 1964, un proyecto de ley sobre el ejercicio de la profesión de asistente social, con el fin de reconocer y jerarquizar la formación de profesionales del servicio social, *“elementos vitales en la preparación y aplicación de programas generales de desarrollo de la comunidad” (Ministerio de Asistencia Social y Salud, 1966: 755).*

Se comienza así a pensar que un Estado moderno necesita de una burocracia especializada y capacitada que participe en cursos organizados por organismos internacionales.

La segunda “novedad” es la creación del Departamento de Bienestar Social que constaba de tres divisiones: Investigación y Catastro, Registro, Asesoramiento y Control de las Instituciones y, finalmente, Organización y Desarrollo de la Comunidad. Incorporar una instancia destinada a la investigación significaba un avance en relación con las viejas prácticas asistencialistas. Pero es la sección de Organización y Desarrollo de la Comunidad la que expresa mejor el impulso innovador del gobierno: allí se diseñaban los programas vinculados con la vivienda, salud, educación y recreación,

y se coordinaban y gestionaban las acciones con distintos organismos del Estado y actores de la sociedad civil.

Su propuesta de trabajar desde la comunidad, con distintos actores locales, emprendiendo acciones que responden a las necesidades locales con una mirada integral sobre la problemática puede ser considerada como un antecedente a las actuales políticas de desarrollo local. Los cambios tanto en la concepción de las estrategias de intervención como en la definición de la pobreza no fueron privativos del Poder Ejecutivo. En esos años comienzan a escucharse otras voces, tanto de partidos políticos como de organizaciones de la sociedad civil, que denotan preocupación por las condiciones de vida de una buena parte de la población y que proponen nuevas soluciones a la cuestión social.

[...]

En esos años (1964-1965) se realizan el III y IV Congreso Nacional de la Seguridad Social, convocados por el Consejo Federal de la Seguridad Social (COFESE), en los que se propone el establecimiento de un Código de la Seguridad Social. En diciembre de 1965 tuvo lugar el VII Congreso Argentino de Medicina Social. En esa ocasión, el ministro de Asistencia Social y Salud aseguró que el gobierno estaba dispuesto a posibilitar la implementación de un seguro social *“que respete todos los principios ya suficientemente enunciados por los organismos profesionales, nacionales e internacionales sobre*

*los que existe acuerdo y que cumpla con los requisitos de estar técnicamente elaborado, que pueda experimentar previamente su factibilidad financiera y que logre la adhesión de todos los sectores interesados y su decidida cooperación” (Ministerio de Asistencia Social y Salud, 1966: 352).*

Parecía entonces que había llegado el momento para la puesta en marcha de intervenciones innovadoras para enfrentar la pobreza. Por una parte, las intervenciones alternativas propuestas se basaban en una concepción de la cuestión social que no responsabilizaba a las personas por su situación, sino que consideraba que esta se debía a los servicios deficientes, las escasas oportunidades que brindaba el mercado de trabajo y/o una ineficiente red de protección social.

38

Por otra parte, aumentaba la visibilidad de la pobreza en un momento en que, paradójicamente, la posibilidad de un rápido ascenso social aparecía como un rasgo distintivo de la sociedad argentina. Es que, si bien es cierto que algunos lograban mejorar su situación social con respecto a la de sus padres, una buena parte de los argentinos carecía de servicios básicos y de una vivienda digna, y menos de la mitad de la población en condición de acceder a un beneficio provisional había logrado su jubilación.

[...]

**¿Qué obstáculos se presentaban para esta renovación de las políticas asistenciales?** Los obstáculos eran muchos. La

herencia de la vieja estrategia de intervención pesaba a la hora de poner en marcha una política más acorde con las necesidades de la población. El Ministerio de Asistencia Social y Salud que recibió el gobierno radical era un organismo desquiciado, desorganizado y, como los propios funcionarios declaraban, “anacrónico”.

En segundo lugar, los recursos asignados a la asistencia social en el presupuesto nacional eran más que escasos para la tarea que el Ministerio quería emprender: no superaban el 0,3% del total del PBI.

En tercer lugar, no se logró la incorporación de estas cuestiones en la agenda de gobierno. Si bien fueron muchos los proyectos de ley que se presentaron en la Cámara de Diputados, la mayor parte de ellos no logró ser discutida en el recinto: pasaban a las distintas comisiones y allí fueron quedando hasta que un nuevo golpe de Estado depuso al presidente Illia.

Así, una vez más, reaparece el mayor obstáculo que siempre enfrentó el Estado argentino para poner en marcha una propuesta innovadora en el campo de la asistencia social: la fragilidad del Estado de derecho. El golpe militar que derroca a Illia (1966-1973), autodenominado Revolución Argentina, también intentará implementar un proyecto propio, fundar con la creación del Ministerio de Bienestar Social una nueva institucionalidad que tampoco estuvo destinada a durar.

## Referencias



## Floreal Ferrara

(Dos veces ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires. 1973 y 1987)

*“El país tuvo dos instantes de libertad y autonomía en medicamentos, un instante es Carrillo, Ramón Carrillo, quien crea EMESTA Empresa de Medicamentos del Estado Argentino, produce medicamentos nacionales y fundamentalmente en el momento que salía la penicilina y es una etapa de gran desarrollo. Y el segundo instante es con Oñativia, Ministro de Arturo Illia.*

*Produjo Oñativia la Ley Nacional de Medicamentos en el momento que nadie se animaba a levantar la voz, estos hombres silenciosos y serios, que los laboratorios se enloquecieron, y le hicieron unos meses después el golpe de Estado, estos dos instantes son instantes de la liberación nacional con los medicamentos. Todo lo demás, se entregan, todos... cuidadosamente adornado, pero es entrega, hay que buscarla, pero hay entrega.*

Entonces,

¿esto cómo se modifica? ¿Con una decisión política?

*Pero esta es una lucha contra el imperio, la lucha contra el imperio lo llevó a Illia a la muerte y a Oñativia, dos héroes civiles, nosotros los peronistas los hemos dejado, siempre recordamos a Carrillo, que no hay que dejar de recordar, pero*

*Oñativia debe estar al lado de Carrillo, son parte de la historia de la liberación nacional”.*

## Legisladores peronistas

En enero de 1985 un grupo de diputados peronistas presentó *“un proyecto tendiente a reconocer como única legislación válida para el abastecimiento y control de drogas medicinales a las leyes 16462 y 16453 durante la gestión del funcionario radical”.*

Los fundamentos del proyecto, firmado por los legisladores justicialistas Diego Ibáñez, Alberto Melón, Lorenzo Pepe y David Lezcano, hacían referencia a la vigencia de la práctica del derecho a la salud. Señalaban que desde el derrocamiento de Juan Domingo Perón sólo había sido asegurada durante un corto periodo, con Oñativia como titular de la cartera de Salud Pública. Asimismo, calificaban al entonces funcionario como *“un grande de la provincia de Salta, que demostró la dimensión social de su patriotismo, con una iniciativa político-jurídica, al declarar bienes sociales a los medicamentos”.*

A la hora de alabar su tarea, los diputados destacaban que *“así infligió el más severo golpe a aquellos que, al servicio del interés multinacional, lucran con las carencias sanitarias de nuestro pueblo”.*

En 1985, el senador radical Adolfo Gas señaló en su discurso, durante un homenaje realizado en esa Cámara para recordar al doctor Oñativia, que para él, *“la salud era uno de los hechos primordiales en todos los actos de gobierno”*.

### **Legislatura de Buenos Aires**

*“Asimismo, en esta oportunidad, dedicaremos la sesión académica a la memoria de Arturo Oñativia, en el centenario de su natalicio, un hombre que intervino decisivamente en la Salud Pública argentino. De hecho, en su paso por la gestión pública, legó para la conciencia moral y jurídica de su tiempo y las generaciones futuras la comprensión de los medicamentos como bienes sociales. Hombres de la talla de Oñativia revelan un encomiable compromiso social; de ahí, entonces, que honremos su figura en las jornadas”*.

Motivos expuestos por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para declarar de interés Educativo y Sanitario la *“VI Jornadas de Derecho de la Salud, en homenaje a Arturo Oñativia (1914-1985)”*. Diciembre 2014.



## Fuentes

- La endemia bocio-cretínica en la República Argentina. Reseña cronológica breve y actualizada. Dr. Jorge P Salvaneschi (1965-1987. Jefe del Programa Nacional de lucha contra el Bocio Endémico. Ministerio de Salud de la Nación) y Dr. Jerónimo RAR García (1970-1995. Profesor Titular Ordinario. Dedicación exclusiva. Análisis clínicos II. Departamento de Biología, Bioquímica y Farmacia. Universidad del Sur).
- El derecho a la salud. 200 años de políticas sanitarias en Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2012.
- Héroes y villanos de la Medicina, las dos caras de la moneda. Ética médica. Proezas e ilustres médicos. Atrocidades y detestables médicos. Tortura médica. Sergio Alberto Dragoni. Editorial Dunken.
- Arturo Oñativia, sanitarista de fuste. Federico Pérgola (Director del Instituto de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires).
- Primer informe de investigación: Caracterización de la industria farmacéutica argentina en el contexto de la ausencia de un marco regulatorio. Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud (IEPS). Tomás Raffo, José Charreau y Ricardo Peidro. Marzo 2007. Asociación Agentes de Propaganda Médica (AAPM-CTA Autónoma).
- Arturo Illia, Pensamiento y acción, compilación de Silverio Escudero, Ediciones Justo Páez de Molina, Córdoba.
- Illia y la Ley de Medicamentos. Felipe Pigna. Grupo Crónica 10/04/2014
- Colección “Cuadernos para trabajadores de la Salud”. N° 2. “Financiamiento de la salud poblacional en la Argentina”. IDEP. Área Salud.
- Evolución del pensamiento sanitario durante el siglo XX. Hugo E. Arce.
- Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Salta. Año 1 Volumen 1 No 2. Julio 2012.
- Retos para la integración social de los pobres en América Latina. Los olvidados de la política social. Laura Golbert. CLACSO. 2009.

COLECCIÓN

ARTURO  
OÑATIVA **5**

LABRADORES  
DE LA SALUD POPULAR

PROXIMO FASCICULO:  
Alicia Moreau de Justo

Otros números de esta colección:

Nº 4  
MARIO TESTA  
Nº 3  
FLOREAL FERRARA  
Nº 2  
SALVADOR MAZZA  
Nº 1  
CARLOS CASSINELLI

Disponible en:  
[www.atesociosanitario.com.ar](http://www.atesociosanitario.com.ar)

COLECCIÓN



AÑO:2016

[www.atesociosanitario.com.ar](http://www.atesociosanitario.com.ar)

[www.ateargentina.org.ar](http://www.ateargentina.org.ar)

[atesociosanitario@gmail.com](mailto:atesociosanitario@gmail.com)

## LABRADORES DE LA SALUD POPULAR



# 5 ARTURO OÑATIVA

PROXIMO FASCICULO:

Alicia Moreau de Justo

Material de publicación periódica y  
coleccionable: Esperamos que esta colección  
sea del interés y el aprovechamiento del  
conjunto de lxs compañerxs.

ASOCIACIÓN TRABAJADORES DEL ESTADO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA / CONSEJO DIRECTIVO  
NACIONAL/ INSTITUTO DE ESTUDIO SOBRE ESTADO Y PARTICIPACIÓN (IDEP) / AREA DE SALUD