

Arturo Oñativia

y la ley de medicamentos

Viviana Román
Ernesto Salas

Cuadernos del Instituto de Ciencias de la Salud

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Arturo Oñativia y la ley de medicamentos

Nº 4 - Marzo de 2020

EDITORIAL | UNAJ

Autoridades

Rector

Lic. Ernesto Fernando Villanueva

Centro de Política Educativa

Directora: Lic. María Gabriela Peirano

Centro de Política y Territorio

Director: Lic. Rafael Ruffo

Secretaría Económico Financiera

Secretario: Dr. Eliseo G. Ferrari

Instituto de Estudios Iniciales

Directora: Dra. Carolina González Velasco

Instituto de Ingeniería y Agronomía

Director: Ing. Miguel Binstock

Instituto de Ciencias de la Salud

Directora: Lic. Teresa Poccioni

Instituto de Ciencias Sociales y Administración

Director: Lic. Sergio De Piero

Dirección de Relaciones Internacionales

Coordinador: Gonzalo Tordini

Dirección de Asuntos Legales

Director: Dr. Santiago Montaña

Dirección de Comunicación y Prensa

Director: Francisco Balázs

Editorial UNAJ

Francisco Balázs

Gabriela Ruiz

ISSN

2683-7188

Edición general

Ernesto Salas

Diseño y diagramación

José Luis Skidelsky

Fotografías

Argentina, Archivo General de la Nación,
Departamento Documentos Fotográficos

Correspondencia

Av. Calchaquí 6200 (CP1888)

Florencio Varela Buenos Aires, Argentina

editorial@unaj.edu.ar

Arturo Oñativia

y la ley de medicamentos



Viviana Román
Ernesto Salas

Una publicación de



Prólogo

María Teresa Poccioni

Directora del Instituto de Ciencias de la Salud - UNAJ

En esta nueva entrega de Cuadernos del Instituto de Ciencias de la Salud, Ernesto Salas y Viviana Román recuperan el aporte al campo de la salud pública realizado por uno de los que podríamos designar como próceres del sanitarismo argentino, Arturo Oñativía, quien fue un médico de las filas del radicalismo, hombre del interior, como se describe en su reseña biográfica, lo cual no es poco decir. Al igual que otros médicos de provincia, como Ramón Carrillo y Carlos Alvarado, vivieron desde adentro las dificultades socioeconómicas y su impacto en la salud de la población en provincias del noroeste castigadas por la pobreza y las difíciles condiciones de vida. Sus aportes más destacados, como la descentralización de la gestión de los servicios de salud y la ley de medicamentos, siguen siendo hoy cuestiones a repensar y a resolver en nuestro país.

Un aspecto central de estos aportes por parte de este médico salteño, que fue ministro de salud durante la presidencia de Arturo Illia, entre los años 1963 y 1966, es la consideración de los medicamen-

tos como un “bien social”. En tiempos en los cuales los medicamentos constituyen un importante gasto de bolsillo para nuestros pueblos, con un impacto muy fuerte en las economías domésticas, generando en muchas situaciones el abandono de tratamientos y el consecuente impacto en la salud de la población, este es un tema central. Los pormenores de la llamada Ley Oñativía son presentados y analizados en este Cuaderno y nos permiten comprender el impacto político y económico de esta decisión, así como su anulación por parte de la dictadura militar de 1966 frente a las presiones del mercado.

El Estado debe garantizar el acceso a los medicamentos, y esto no es algo fácil de sostener cuando algunos de los sectores a enfrentar obtienen ganancias millonarias a partir de su producción y comercialización; y cuando otros sectores del campo político institucional no lo consideran un derecho fundamental, tal como sostenía Oñativía.

En este recorrido por la vida y aportes de Arturo Oñativía, Viviana Román nos presenta un exhaus-

tivo análisis histórico del sector farmacéutico y bioquímico que nos permite analizar el contexto en el cual no sólo se introduce esta discusión en torno al medicamento como bien social, sino también cómo continúan las tensiones entre las industrias y el Estado hasta la actualidad.

Reconocer estos aportes de este gran sanitarista nos debe impulsar a continuar trabajando para que los medicamentos sean realmente considerados como un bien social, que estén garantizados por el derecho a la salud, y no sujetos a los caprichos del mercado.





Arturo Oñativia. Médico y político radical

Ernesto Salas

Historiador - U.B.A. - Coordinador del Centro de Estudios Políticos Arturo Jauretche - UNAJ. Es autor de los libros: La Resistencia Peronista: La toma del frigorífico Lisandro de la Torre (1990), Uturuncos. El origen de la guerrilla peronista (2003), Norberto Habegger. Cristiano, descamisado, montonero (2011, con Flora Castro), De resistencia y lucha armada (2014), Arturo Jauretche. Sobre su vida y obra (2015) (Comp.) y ¡Viva Yrigoyen! ¡Viva la revolución! (2017, con Charo López Marsano).

Arturo Oñativia nació en la ciudad de Salta el 16 de abril de 1914. Allí cursó los estudios primarios y secundarios y se recibió de bachiller nacional en 1932. Al igual que otros comprovincianos con recursos, la familia puede solventar los estudios del joven Arturo en Buenos Aires por lo que se traslada a la Capital para inscribirse en la carrera de medicina en la Universidad de Buenos Aires. Obtiene el título de Doctor en el año 1941 con calificación sobresaliente.

Son sus primeros años de formación profesional. Entre 1941 y 1943 comienza a trabajar como médico concurrente en el Servicio de Clínica Médica del Profesor Dr. José W. Tobías, en la sala VII del Hospital Torcuato de Alvear y luego como Médico Asistente. Posteriormente es médico concurrente en la sección Endocrinología del Instituto de Semiología Dr. Gregorio Aráoz Alfaro, en el Hospital Nacional de Clínicas.

Una vez adquirida la experiencia de los primeros pasos, Arturo gana el concurso de médico asis-

tente endocrinólogo en el Hospital Rivadavia, al tiempo que completa su formación de postgrado en endocrinología con cursos de capacitación y mediante la publicación de trabajos científicos. También ejerce la docencia en el hospital y la medicina privada en la Clínica Marini, en la especialidad Endocrinología y Nutrición, donde llega a jefe de Clínica. En esos años profundiza en los conocimientos de la especialidad y escribe trabajos en revistas nacionales y extranjeras, tarea que complementa con la traducción de libros.

Los años de formación coinciden también con su militancia política en la Unión Cívica Radical como opositor a los gobiernos peronistas. Oñativia adhiere dentro del partido a la línea *unionista*, la corriente más conservadora y opuesta al sector intransigente que, aparte de considerarse herederos de Marcelo T. de Alvear, debían su nombre por haber propuesto la integración del radicalismo en la Unión Democrática en la década del cuarenta. Sus principales dirigentes fueron José P. Tamborini, Enrique Mosca, Miguel Ángel Zavala

Ortiz, Ernesto Sanmartino, Arturo Mor Roig y Carlos Perette.

Endocrinólogo prominente / Funcionario de la “Revolución Libertadora”

En 1955, Oñativia decide regresar a Salta. En diciembre de ese año el interventor militar de la provincia, el coronel Julio Lobo, le ha ofrecido el cargo de Ministro de Gobierno, Justicia e Instrucción Pública que ocupa hasta mayo del año siguiente. Como ministro será el encargado del recambio del coronel Lobo. Es por ello que ocupa la gobernación de facto entre el 12 y el 16 de mayo para dejar el cargo a Alejandro Lastra, nombrado por el dictador Pedro Eugenio Aramburu al mando de un grupo de la oligarquía porteña entre los que se contaba un joven José Alfredo Martínez de Hoz, que se pone al frente de la cartera de economía.

Desde octubre de 1957 hasta julio de 1958, la dictadura lo nombra Delegado Sanitario Federal del Ministerio de Acción y Salud Pública de la Nación. Como otros epidemiólogos del noroeste argentino, el futuro ministro es un médico sensible a los problemas sanitarios de su región: “Oñativia era un hombre del interior, de ese Noroeste con tradición secular de pobreza. Conocía, por haberla visto y estudiado por años, la desnutrición que se padece y se transmite de generación en gene-

ración, herencia perversa que quería detener” (Veronelli / Veronelli, 2008). Uno de los problemas que las estadísticas evidenciaban en la población de aquellas provincias era el del cretinismo bocio-so. Según datos de aquellos años, la enfermedad se encontraba proporcionalmente en el 41% de la población pero en algunas zonas, como el valle de Lerma, estaba infectada el 100%. Oñativia se dedicó entonces a construir y poner en marcha el Instituto del Bocio (que en 1960 se convertirá en el Instituto de Endocrinología), del que fue Director. Data de aquel tiempo su iniciativa de enriquecer la sal con yodo para llegar al conjunto de la población, política que años más tarde convertirá en ley nacional. Como producto de su labor, en 1960 también es nombrado director del instituto endocrinológico de Tucumán.

Su progreso profesional también se refleja en su posición en el partido radical. En las elecciones de 1962, la Legislatura Provincial promueve su nombre como candidato a senador nacional, pero Oñativa declina el ofrecimiento.

Sin embargo, su prestigio trasciende las fronteras provinciales y, cuando Arturo Illia -también médico- asume la presidencia en 1963, mediante elecciones en las que se proscribió al peronismo, Oñativia es convocado para asumir como ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación. Lo



acompaña como subsecretario el pediatra porteño Dr. Bernabé Cantlón. En verdad, Arturo Illia quería que el suyo fuera un gobierno de partido y para ello convocó a formar parte del gabinete a las tres líneas en las que estaba dividido el radicalismo: *unionistas*, *balbinistas* y *sabattinistas*. Aparte de la confianza que le dispensaba el nuevo presidente, Oñativia ocupó la cartera como parte de la corriente *unionista*.

Ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación

Ahora sí, algunas iniciativas que ha tomado en su región pueden transformarse en nacionales. Logra la promulgación de la ley 17.259 de "Obligatoriedad del uso de la sal enriquecida con yodo como profilaxis del bocio endémico". La ley reglamentaba el enriquecimiento de la sal con yodo, un método propuesto por la OMS para prevenir y corregir su carencia en el cuerpo, que era la causa más común del bocio.

Durante el primer año de su gestión promueve la descentralización ejecutiva de las delegaciones sanitarias federales. A partir de esta medida 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 (Pérgola, 2013). También impulsó la ley de Reforma del Sistema Hospitalario Nacional y de Hospitales de la Comunidad.

Entre 1964/1965 impulsó en las Cámaras las leyes de Medicamentos -la 16.462 y 16.463- [Ver aparte], conocidas como leyes Oñativia que le daba al medicamento un carácter de "bien social" y fijaba y reglamentaba la producción y los costos de los remedios. Seguramente haya sido ésta la medida más controvertida de su carrera en la gestión pública. La ley fue derogada luego del derrocamiento de Arturo Illia. Ello ha dado lugar a la interpretación de que el golpe militar fue instigado por los laboratorios farmacéuticos extranjeros.

En 1964, a partir de los lineamiento establecidos por la Alianza para el Progreso y con el apoyo de la OPS y el BID, Oñativia creó el Servicio Nacional de Agua Potable y Saneamiento Rural (SNAP). En una primera etapa, el SNAP se dedicó con exclusividad al abastecimiento de agua potable a comunidades rurales de menos de 3.000 habitantes y 234 localidades de siete provincias se vieron beneficiadas.



Sus ideas

“[...] es menester señalar que dicho proceso económico [el de la producción y venta de medicamentos] escapa a la ley de la oferta y de la demanda, a los principios de la libre competencia y de la libertad contractual, ya que la venta de las especialidades medicinales al público consumidor se encuentra condicionada por el estado de necesidad del mismo y por la prescripción médica”.

Arturo Illia / Arturo Oñativia.

Fundamentos a la presentación de la ley.
Cámara de Senadores, pág. 501, febrero 6/7 de 1964

“...las autoridades sanitarias deberán disponer en forma permanente de los medios efectivos para impedir maniobras especulativas que desvirtúen los fines y el sentido social que el medicamento representa en las condiciones actuales de la sociedad”.

Arturo Illia / Arturo Oñativia.

Fundamentos a la presentación de la ley.
Cámara de Senadores, pág. 501, febrero 6/7 de 1964

“La situación del mercado de las especialidades medicinales en nuestro país se encuentra distorsionada por diversos factores que han originado el paulatino y creciente aumento de los precios, lo que hace necesario que el Estado arbitre los medios para la determinación de aquellos, equitativos y razonables, mediante la intervención en todas las etapas de la elaboración y circulación de los productos...”

Fundamentos a la presentación de la ley.
Cámara de Senadores, pág. 501, febrero 6/7 de 1964

“...en el momento actual corresponde establecer una economía de principios y finalidades sociales y si el medicamento, estrechamente vinculado a las acciones de salud pública, ha de ser considerado como un bien social de consumo, es lógico suponer que su precio de venta al público no debe ser la consecuencia del libre juego de intereses de los fabricantes e intermediarios”.

Fundamentos a la presentación de la ley.
Cámara de Senadores, pág. 501,
febrero 6/7 de 1964

Sergio Provenzano. Ideas para un Seguro de salud

En 1965 el Ministerio presentó un proyecto de ley sobre **“servicios de atención médica para la comunidad”** [...] La corporación médica se opuso al proyecto ministerial, aduciendo que **“tiende a la implantación del sistema de estatización de la medicina y funcionarización de los profesionales, conceptos reiteradamente rechazados por los organismos médico-gremiales. Se considera una circunstancia agravante el hecho de que el nuevo régimen pueda considerarse como una etapa previa a la implantación del seguro de salud, ya que supondría colocar a los médicos como prestatarios directos de los servicios del seguro.”** (Veronelli y Veronelli Correch, 2006)

La presunción de la corporación médica era correcta: el gobierno quería avanzar hacia una seguridad

social que cubriese la atención de la salud de la mayor parte de la población. En su apoyo decía el entonces Director Nacional de Asistencia Social Sergio Provenzano:

“[...] el Seguro de Salud atenderá sus prestaciones a través de la capacidad instalada actual (consultorios médicos privados, servicios asistenciales de cualquier tipo). Esto es imprescindible, ya que dicha capacidad se adecua en buena medida a las necesidades del país; y el seguro no estaría en condiciones de afrontar la erogación que representa el instalar servicios que se superpondrían a los ya existentes. Con todo, en aquellas zonas desguarnecidas del país, sin servicios locales o sin profesionales en número suficiente, los organismos de aplicación del seguro podrán organizar el otorgamiento directo de las prestaciones.”¹



Premios

A lo largo de su carrera profesional, recibió los siguientes reconocimientos:

- En 1954, al mejor trabajo científico realizado en ese año, otorgado por la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires.
- En 1970 obtuvo el Premio Mariano Castex entregado por la Academia Nacional de Medicina.
- En 1975 le otorgaron el Premio Essex de la Sociedad Argentina de Progresos en Medicina Interna.
- En 1984, el Premio al Mérito Distinguido del Círculo Médico de Salta.
- Ese mismo año, la Medalla de Oro otorgada por el Servicio Nacional de Agua Potable (SNAP) al cumplirse los veinte años de su creación.
- En 1983, la Fundación Konex le entregó el diploma de Honor en Ciencia y tecnología y, en la misma categoría, el Konex de platino, en la especialidad de bromatología.

El tiempo del después

En abril de 1966, el ministerio publicó la obra "Política Sanitaria Nacional" en la que se reseñaban los puntos relevantes de su gestión. Después del golpe de Estado del general Juan Carlos Onganía, Oñativia regresó a su provincia. La nueva dictadura lo despojó del cargo de Director del Instituto de Endocrinología que él había creado. En los años siguientes creó el Instituto de Investigación en Enfermedades Nutricionales, la carrera de Licenciatura en Nutrición y de Enfermería Universitaria, ejerció la docencia superior como profesor titular de la Cátedra de Problemas Socioeconómicos de la Región del NOA y presidió la Comisión de Factibilidad de la Universidad de Salta. También fue miembro de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia de Medicina de Córdoba.

Como intentamos destacar en estas líneas, la trayectoria de Arturo Oñativia tuvo sus claroscuros en los tramos más conflictivos de la historia argentina reciente. En el presente su recuerdo está asociado a sus ideas sobre el rol de los medicamentos en la economía popular, que lo llevaron a la redacción de las leyes que lo harían famoso en la historia del sanitarismo argentino. Como una paradoja de la vida política, fue duramente criticado por su intervencionismo estatal, una postura que nadie esperaba asumiera como ministro.

Cuando se aprestaba a competir en las elecciones de octubre de 1983 como candidato de la Unión Cívica Radical al cargo de gobernador de Salta, una enfermedad se lo impidió. Falleció el 1° de abril de 1985. En el año 2008, el Parlamento de la provincia estableció al 16 de abril, en su homenaje, como el "Día del Médico Salteño".

Bibliografía

- Federico Pégola (2013), "Arturo Oñativia, sanitarista de fuste", Revista Argentina de Salud Pública, vol. 4, n° 14, marzo de 2013.
- Ana Virginia Persello (2007), **Historia del radicalismo**, Buenos Aires, Edhasa.
- Dra. María Elena Storani. Biografía del Dr. Arturo Oñativia, En: "Homenaje a los Grandes Maestros de la Endocrinología Argentina" (Lutfi RJ, editor). Buenos Aires, 2001.
- César Tcach, Celso Rodríguez (2006), **Arturo Illia, un sueño breve**, Buenos Aires, Edhasa.
- Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch (2004), **Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina**, Tomo II, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.

Notas

- ¹ Consejo Federal de Seguridad Social de la República Argentina. IV Congreso Nacional de Seguridad Social. Informe Técnico preparado por el Dr. Sergio Provenzano, Buenos Aires, 1966. En: Veronelli y Veronelli Correch (2006) (negritas de los autores).

El sector farmoquímico en la Argentina.

Orígenes, desarrollo y acción estatal



Viviana Román

Historiadora (UBA), Magíster en Historia (Universidad Torcuato Di Tella). Profesora Adjunta Regular en la Facultad de Ciencias Económicas (U.B.A.), Profesora Titular en la Universidad Nacional de Tres de Febrero (UNTREF). Directora de Proyectos de Investigación UBACYT y UNTREF. Es autora de diversas publicaciones en revistas nacionales e internacionales, de libros y de capítulos de libros en el área de la Historia Económica y de la Historia de Empresas.

A comienzos del siglo XX la farmacología científica estaba aún en sus comienzos. Las industrias instaladas en ciertos países europeos -Suiza y Alemania particularmente- y en EE.UU. encaraban ya la producción de medicamentos en escala amplia, aprovechando los avances del conocimiento científico. En Argentina, aunque con menor grado de desarrollo, las preparaciones farmacéuticas y especialidades medicinales comenzaban a adquirir cierta presencia como actividad económica. En este sentido, en las últimas décadas del siglo XIX existían en nuestro país algunos boticarios que producían “remedios oficiales”, denominación derivada de la oficina de la botica donde se producían de manera artesanal medicamentos por encargo. En las primeras décadas del siglo XX un conjunto considerable de laboratorios internacionales operaba en el país. Sin embargo, lo hacían sobre la base de establecimientos que comenzaron siendo casas comerciales de importación y distribución de productos, por lo que durante años tuvieron gran significación comercial y mucho menos industrial. Se ha constatado que en 1905

nuestro país importaba el 86 % de los medicamentos que consumía.¹

En ese entonces la regulación existente en cuanto a patentes, Ley de Patentes de Invención n° 111 de 1864, no era exclusiva de la actividad farmacéutica. Pero fue la que rigió hasta la sanción de la Ley de Patentes Farmacéuticas de 1995 que entró en vigencia en el año 2000. Es justamente esta reglamentación la que permitió durante muchas décadas que laboratorios nacionales copiaran la formulación de las composiciones farmacéuticas hechas por laboratorios extranjeros que se hallaban “*publicadas suficientemente*”² tal y como lo indicaba la ley sin pagar patentes de invención. Ello permitió a lo largo del siglo XX que los laboratorios nacionales tuvieran libre acceso a las formulaciones extranjeras y locales, y los habilitó a competir con ventajas en el mercado interno y a nivel regional. Esto trajo aparejado un conjunto de críticas respecto de la innovación en las empresas farmacéuticas de capitales nacionales; sin embargo, no obturó que algunos laboratorios nacionales invirtieran con

éxito en investigación y desarrollo. Desde algunos sectores, especialmente los vinculados con los grandes laboratorios extranjeros, se consideró que en el mercado local la mayoría de los laboratorios nacionales competían sin hacerse cargo de los costos y del riesgo.

Al desatarse la Primera Guerra Mundial en 1914 se generaron problemas en el abastecimiento de medicamentos, en este sentido el accionar del recién creado Instituto Bacteriológico es de interés. Este instituto se proveía gratuitamente de glándulas en los mataderos municipales y con ellas fabricaba sueros, vacunas y productos opoterápicos.³

En los años veinte la llegada de capitales estadounidenses y alemanes fue importante y tanto unos como otros eran líderes en la producción, la investigación y el desarrollo de la industria farmoquímica a nivel mundial. El capital estadounidense (que hasta 1914 tenía una implantación significativa solo en los frigoríficos) experimentó a partir de la década de 1920 una importante expansión. Se registró una diversificación en las ramas de actividad económica, ampliándose desde las clásicas de bebidas y alimen-

tación a otras más novedosas como la automotriz, la química, la farmacéutica y la de artefactos eléctricos⁴, entre otras.

Por su parte, los capitalistas alemanes consideraron que podían obtener importantes ventajas de tarifa y cambio instalando fábricas alemanas en Argentina.⁵ Fue así como entre 1919 y 1928 se fundaron unas noventa sucursales alemanas en nuestro país, entre las cuales se encontraban en el sector farmacéutico Schering, Merck⁶ y Bayer. Estas firmas elaboraron y distribuyeron al principio productos semiterminados de ultramar; luego, reinvirtieron las ganancias, aumentaron su capacidad y hacia fines de la década del treinta ya habían colmado la demanda argentina y exportaban a países vecinos.⁷ De la década de 1920 data la cámara empresarial más antigua con la que cuenta el sector en Argentina, se trata de la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe) creada en 1925. Además, en esa misma década se produjo insulina por primera vez en el país, tan sólo un año después que en Estados Unidos. Se elaboró en una institución pública: el laboratorio de la Sección Sueroterapia del Departamento Nacional de Higiene, por el Doctor Sordelli y el

Laboratorios extranjeros y primeros laboratorios argentinos

Según datos relevados en la "Revista Farmacéutica"¹, Sievers y Cía. tenía ya a en los últimos años del siglo XIX y en los primeros del siglo XX la representación para Argentina y Uruguay de la firma alemana Merck; en tanto que William Burmester poseía la representación para el Río de la Plata de la fábrica de productos químicos Schering. Por su parte, otras casas comerciales locales como Millet y Roux, Illa y Cía. y Paul Dupin representaban a otros laboratorios extranjeros. También, tenían presencia en el mercado interno la suiza Roche y la alemana Bayer. A su vez, farmacéuticos y químicos y/o bioquímicos que

desarrollaban remedios a partir de recetas magistrales en sus boticas, decidieron iniciar la actividad de manera industrial. La revisión de los ejemplares de la *Revista Farmacéutica* de fines del siglo XIX y principios del siglo XX permite afirmar que entre los primeros laboratorios podemos encontrar a la "Casa de Productos Químicos y Farmacéuticos Demarchi, Parodi & Cía." que data de 1886 y que se transformó en "Soldati, Craveri y Tagliabue" (luego, Laboratorios Craveri), a Laboratorios Beautemps fundado en 1891, a Laboratorios Casasco que hacia 1880 ofrecía productos de su elaboración con la marca "Handel", a Laboratorios Domínguez que comenzó a funcionar en 1904 y a la Fármaco Argentina S. A. que data de 1905, entre otros.

¹ *Revista Farmacéutica*, Vol. 38, Año 1899 y Vol. 51, Año 1909.



Doctor Deulefeu. No obstante, desde el comienzo la producción local de insulina se concentró en unas pocas grandes empresas, parte de ellas filiales de firmas extranjeras.⁸

En la década de 1930 laboratorios como Roche, Ciba, Upjohn, Abbot, Johnson y Johnson⁹ y Lepetit, entre otros, pasaron a producir localmente el producto final aunque operando casi íntegramente sobre la base de insumos intermedios importados y excipientes complementarios adquiridos localmente.¹⁰ El ritmo del proceso sustitutivo de importaciones de productos medicinales terminados fue relativamente rápido en comparación con otros países de América Latina. Como ya se ha señalado, en 1905 nuestro país importaba el 86 % de los medicamentos que consumía; en 1919 ese porcentaje disminuyó al 23 %, lo que significa que el 77 % restante se producía internamente; ya en 1942 la industria local producía el 96% de las especialidades medicinales que se comercializaban.¹¹ Sin embargo, la mayor parte de las drogas y principios activos básicos eran de origen extranjero.

Durante los años cuarenta, debido a las exigencias bélicas, la industria farmacéutica internacional sufrió alteraciones sin precedentes en su estructura tecnológica. En ese entonces se produjo la revo-

lución en materia de producción de antibióticos a nivel mundial: se trata de la producción en escala de penicilina. En cuanto a la industria farmoquímica argentina, al promediar la década de 1940 se inició la fabricación de antibióticos a nivel local y en esos años se habían comenzado algunas exportaciones de remedios hacia América Latina.¹²

Con el objeto de regular la producción de medicamentos y en estrecha relación con la política de salud pública impulsada por Ramón Carrillo el Estado peronista creó una serie de normativas. Se promovió con carácter prioritario el objetivo social y la fabricación de medicamentos quedaba subordinada a dicho propósito; por tal motivo, es posible pensar que la política de redistribución marcaba el rumbo de las acciones.

Al mismo tiempo, la creación de Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA) en el contexto de la primera presidencia de Perón marcó la intención por producir medicamentos que llegaran a la población a menor costo. La evidencia empírica no permite constatar en qué medida produjo medicamentos, pero sí puede afirmarse que esta entidad distribuía productos de uso frecuente de diferentes laboratorios a un precio menor que el de plaza por lo que actuaba como un regulador. Además, resulta rele-



vante destacar en este mismo sentido que en 1947 el Estado de la provincia de Santa Fe instaló una especie de fábrica de medicamentos que se denominó Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF)¹³, establecimiento de producción pública de medicamentos que a pesar de los contextos cambiantes ha seguido funcionando.

A su vez, hacia mediados de la década de 1940 dos laboratorios nacionales, el Instituto Massone y Laboratorios OCEFA¹⁴, realizaban experimentos en sus departamentos científicos para elaborar antibióticos. Paralelamente, en 1945 los laboratorios E.R. Squibb & Sons Argentina¹⁵ introdujeron en nuestro país las primeras partidas de penicilina producidas con el nuevo método en su casa matriz de Estados Unidos. Dos años más tarde, el gobierno argentino declaró de interés nacional la producción de penicilina¹⁶ y otorgó una serie de franquicias a Squibb para la libre importación de maquinaria e instrumental científico. Esto estuvo en vinculación con el trato cerrado por el gobierno nacional con ese laboratorio extranjero (y también con Lepetit) para realizar la producción local de antibióticos, situación que generó algunos conflictos con los laboratorios nacionales antes mencionados. Ya en 1953 el ingreso de la extranjera Parke-Davis al mercado doméstico de antibióticos compleji-

zó el panorama, pues al ofrecer esta empresa la droga básica a granel a los diversos laboratorios de plaza¹⁷ quedaba obturado el acuerdo que regía para la producción y distribución de antibióticos vigente hasta ese momento.

También es importante destacar que en el transcurso de la Primera y la Segunda Presidencia de Perón el Estado utilizó para la producción de fármacos las instalaciones de las empresas farmacéuticas de origen alemán (Schering, Bayer, Merck, Behring y Laboratorio Químico Biológico) que habían sido expropiadas en 1946.¹⁸ A partir de 1947 quedaron bajo la órbita de la Dirección Nacional de Industrias del Estado (D.I.N.I.E). Esto adquiere relevancia en la medida que también contribuyó a la implementación de políticas de regulación de precios y control del mercado con relación a los medicamentos.

Durante el gobierno de Arturo Frondizi, a partir de las leyes de "Radicación de Capitales Extranjeros" 14.780 y de "Promoción Industrial" 14.781 (esta última sancionada a principios de 1959), una cantidad muy importante de laboratorios extranjeros presentaron solicitud de radicación, de modernización de plantas ya existentes o de introducción de nuevos productos a la línea de medicamentos ya fabricada o de apertura de nuevas instalaciones. En

1964, también durante un gobierno surgido de un proceso eleccionario: la presidencia de Arturo Illia, se sancionaron las leyes números 16.462 y 16.463 conocidas como Ley Oñativia, por haber sido impulsadas por el Ministro Arturo Oñativia. Esta legislación establecía regulaciones sobre drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana. Así, establecía, entre otras cuestiones, la regulación de la importación y exportación de estos bienes, la determinación de los rubros que incidían en los costos para fijar los márgenes de beneficios que se consideraran lícitos, los precios de venta en todo el país de los productos comprendidos en la ley reajustándolos conforme a las oscilaciones del costo real, de oficio o a pedido de parte interesada. Los laboratorios extranjeros reaccionaron desfavorablemente hacia esta normativa, ejerciendo presiones sobre la presidencia de Illia y una vez producido el golpe de Estado de 1966 el gobierno dictatorial dejó sin efecto las regulaciones establecidas.

Asimismo, la Ley Oñativia había establecido la creación del Instituto de Farmacología y Control de Drogas y Medicamentos tomando en cuenta un reclamo del sector en torno al control de la calidad de los remedios por parte del Estado que derivó en el Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología. Además, de 1964 data la creación de otra cámara empresarial que también existe hasta la actualidad, es la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos (CILFA). A su vez, un desprendimiento de ella dio lugar tiempo después a otra entidad cameral denominada COOPERALA que se ha dedicado especialmente a defender los intereses de las pymes farmacéuticas.

Es importante destacar aquí que en las décadas del sesenta y del setenta las compañías farmacéuticas de capital nacional se aprovisionaban de materias primas importándolas fundamentalmente de países que no reconocían patentes de invención como Hungría, Italia y España.¹⁹ Además de continuar el beneficio que otorgaba la aplicación de la

Ley de Patentes de Invención de 1864

La Ley de patentes de invención n° 111 de 1864 establecía en su Artículo 1° que “Los nuevos descubrimientos o invenciones en todos los géneros de la industria, confieren a sus autores el derecho exclusivo de explotación, por el tiempo y bajo las condiciones que se expresarán, conforme a lo dispuesto en el art. 17 de la Constitución; este derecho se justificará por títulos denominados ‘Patente de invención’, expedidos en la forma que determinará esta ley”. Al mismo tiempo, el Artículo 2° establecía que “El anterior es extensivo no sólo a los descubrimientos e invenciones hechas en el país, sino también a las verificadas y patentadas en el extranjero, siempre que el solicitante sea el inventor, o un sucesor legítimo suyo en los derechos y privilegios, y en los casos y con las formalidades que se prescribirán más adelante”. El Artículo 3° indicaba que “Son descubrimientos o invenciones nuevas: los nuevos productos

industriales, los nuevos medios y la nueva aplicación de medios conocidos para la obtención de un resultado o de un producto industrial”¹.

Por su parte, el Artículo 4° reviste una importancia fundamental, pues en él se hacía referencia explícita a las composiciones farmacéuticas. El mismo decía que “No son susceptibles de patentes las **composiciones farmacéuticas**², los planes financieros, los descubrimientos o invenciones **que hayan sido publicadas suficientemente en el país o fuera de él, en obras, folletos o periódicos impresos; para ser ejecutados con anterioridad a la solicitud**³, los que son puramente teóricos; sin que se haya indicado su aplicación industrial, y aquéllos fueren contrarios a las buenas costumbres o a las leyes de la República”⁴.

1 Ley N° 111 – Patentes de Invención – 1864.

2 El subrayado no corresponde al original.

3 El subrayado no corresponde al original.

4 Ley N° 111 – Patentes de Invención – 1864.

Industria farmacéutica y sanidad pública en los Planes Quinquenales peronistas

En los lineamientos incluidos en el artículo 3¹ del proyecto de ley sobre organización de la sanidad pública del Primer Plan Quinquenal se establecía la necesidad de *fiscalizar la producción, importación, exportación, comercialización y expendio de las drogas, los productos medicinales y biológicos de uso humano y animal*. Asimismo, se promovía *vigilar el ejercicio de la medicina, odontología, farmacia, obstetricia y demás ramas de las ciencias médicas y a toda otra actividad vinculada directa e indirectamente a la salud pública*.

mencionada Ley 111 de patentes de invención. Ya al promediar los años '80 comenzó a consolidarse el ciclo de la concentración y de la extranjerización en la economía de nuestro país. El sector farmacéutico acompañó el fenómeno de la concentración, pero no así el de la extranjerización, pues antiguos laboratorios que fueron consiguiendo en los años siguientes proyección regional y, en algunos casos, internacional permanecieron en manos argentinas; por ejemplo, Laboratorios Roemmers (1921), Laboratorios Bagó (1934) y SIDUS (1938).

En la década del '80 se produjo una significativa transferencia de líneas de productos de laboratorios multinacionales a laboratorios de capital nacional. Pero, a partir de 1991, cuando el sector se desreguló, tuvo lugar un movimiento inverso cuyo resultado fue que entre 1990 y el 2000 la participación en el mercado de las firmas nacionales se redujera del 56,9 % al 48,5 % y, en paralelo, la participación de las multinacionales se incrementara del 43,1 % al 51,5.²⁰

La desregulación que se produjo normativamente entre fines de 1989 y fines de 1990, dio como resultado un importante aumento en el precio relativo de los medicamentos y de la rentabilidad del sector

En similar sentido, en el Segundo Plan Quinquenal² se establecía que *las industrias que cooperan con la tarea médico- sanitaria asistencial privada o del Estado, especializándose en la fabricación de medicamentos, equipos, material e instrumental, serán protegidas, pero al mismo tiempo orgánicamente fiscalizadas por el Estado nacional, a fin de que ofrezcan a la acción técnico- médica la máxima garantía científica. El Estado auspiciará la radicación de industrias esenciales, cuya actividad se relacione con la salud de la población*.

1 Primer Plan Quinquenal, 1946/ 1947 - Incisos 24, 25, 26, 27, 43 y 55.

2 Segundo Plan Quinquenal, 1953 - Apartados VII. G. 22 y 23. Industrias Auxiliares de la Sanidad y Legislación, respectivamente.

farmacéutico. El argumento utilizado por el gobierno de Carlos Menem fue que una ampliación de la oferta local de medicamentos actuaría como disciplinador de las acciones empresarias. Se eliminaron las trabas a la importación y se bajaron los aranceles. A su vez, entre las reformas que se produjeron en los años '90 se creó la ANMAT en reemplazo del Instituto Nacional de Farmacología y Bromatología, organismo que se ocupa de la regulación de medicamentos, alimentos y tecnología médica y es, por lo tanto, el órgano de contralor del sector.

En este contexto, las firmas farmacéuticas extranjeras presionaron para extender la vida útil de las patentes de invención y para elevar el grado de cobertura que las mismas alcanzaban internacionalmente.²¹ En 1996 se reglamentó la Ley 24572 que establecía que las patentes no serían otorgadas antes de los cinco años de la publicación de la norma en el Boletín Oficial, vencido ese plazo de transición se autorizaba a terceros que estuvieran haciendo uso del invento sin autorización del titular a continuar la explotación, abonando una retribución (Licencia Compulsiva Automática). Así, nuestro país pasó a ser el quinto más caro del mundo en el precio de los medicamentos, aumentando la inequi-

dad en materia de salud. Esta situación se mantuvo con pocas oscilaciones hasta la devaluación del 2002.²² Conforme a valores del 2001, si bien el 97% del consumo correspondía a fabricación nacional, el mercado de medicamentos involucraba altas remesas al extranjero en concepto de importación de insumos así como de pago de regalías, tendencia que no ha sufrido modificaciones trascendentales.²³

La crisis del 2001 puso en evidencia la urgencia de políticas destinadas a reducir la exclusión social. Los cambios políticos operados a partir de ese momento crearon las condiciones favorables para la sanción de la Ley 25.649 de *Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico* puesta en vigencia en el 2002, cuyo objetivo fue introducir la competencia por precio y no sólo por marca y abrió paso a la proliferación de instituciones/laboratorios de producción o distribución de este tipo

de bienes.²⁴ Un medicamento genérico es la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad está suficientemente establecido por su continuado uso clínico. Además, habiendo demostrado una bioequivalencia con los productos de referencia, su precio es inferior al del producto original. La prescripción por *nombre genérico* facilita la identificación del grupo químico del medicamento, ampliando la oferta al considerar el nombre del principio activo en lugar de diversas marcas comerciales.²⁵

Paralelamente, desde la última década del siglo XX se fueron incrementando las instituciones y laboratorios de producción pública de medicamentos. Esto se presentó incluso como una respuesta a la situación de la crisis económica del 2001 y sus



consecuencias sociales. Esta producción se realiza en laboratorios de distintas jurisdicciones que producen o tienen capacidad para elaborar medicamentos. Se trata de Buenos Aires, Córdoba, San Juan, San Luis, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Salta, Mendoza, Formosa, Río Negro, Tucumán y Santa Fe. Cuentan con diversas estructuras y estatus jurídicos y, si bien el nivel de incidencia es menor, el objetivo ha sido generar un mayor y mejor acceso a los medicamentos por parte de la población.²⁶ Queda puesta de manifiesto, entonces, la tensión entre el mercado y las regulaciones del Estado que cruza la historia de la producción de medicamentos en Argentina; evidenciando elementos de continuidad en políticas públicas puestas en práctica desde el área de salud para el sector farmacéutico.

Referencias Bibliográficas

- Abrutzky, Rosana, Godio, Cristina y Bramuglia, Cristina, "Producción estatal de medicamentos en la Argentina del siglo XXI", *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED)* N° 9, Año 9, 2017.
- Bisang, R.oberto, Burachik, Gustavo y Katz, Jorge *Hacia*

un nuevo modelo de organización industrial, Alianza, Buenos Aires, 1995.

- Bramuglia, Cristina y Godio, Cristina "La insulina en la Argentina. Un análisis sectorial", *Documentos de Trabajo* N° 43, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, abril de 2005.
- di Salvo, María Teresa y Román, Viviana "La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario", *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED)* N° 1, Año 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 2009.
- Katz, Jorge *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales: la industria farmacéutica argentina, Siglo XXI*, Buenos Aires, 1974.
- Krieger, Mario y Prieto, Norma "Comercio exterior, sustitución de importaciones y tecnología en la industria farmacéutica argentina", en *Desarrollo Económico*, Vol. 17 n° 66. Julio - septiembre de 1977.
- Lluch, Andrea, "Americans in Argentina: trade and investment strategies of U.S. companies (1890-1930)", *Business History Review*, 2008.
- Newton, Ronald. C. *El cuarto lado del triángulo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
- Regalsky, Andrés y Barbero María Inés "Las inversiones extranjeras y el comercio exterior", en *Nueva Historia de la Nación Argentina*, Tomo IX - Academia Nacional de la Historia, Editorial Planeta, Buenos Aires, 2002.
- Román, Viviana y di Salvo, María Teresa "Economía social y solidaridad. Dos experiencias de mutuales que distribuyen genéricos a bajo costo", en AA. VV. *Foro Federal de Investigadores*



y Docentes. *La Universidad y la Economía Social en el Desarrollo Local*, Buenos Aires, 2005.

- Román, Viviana *Entre la farmacia, la industria y la academia. La construcción histórica del campo profesional de los farmacéuticos en Argentina. Desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX*. Tesis de Maestría en Historia. Universidad Torcuato Di Tella, 2008.
- Román, Viviana y di Salvo, María Teresa “La Producción Pública de Medicamentos en Argentina: Notas para su análisis”, *Revista SaberEs* N° 2, 2010.
- Santos, Guillermo “Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015)”, *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED)* N° 9, Año 9, 2017.

Notas

- 1 Krieger, Mario y Prieto, Norma “Comercio exterior, sustitución de importaciones y tecnología en la industria farmacéutica argentina”, en *Desarrollo Económico*, Vol. 17 n° 66. Julio - septiembre de 1977. p. 180.
- 2 Ley N° 111 - Patentes de Invención - 1864.
- 3 La opoterapia es un procedimiento curativo por el empleo de órganos de animales crudos, de sus extractos o de las hormonas aisladas de las glándulas endocrinas.
- 4 Andrea Lluch, “Americans in Argentina: trade and investment strategies of U.S. companies (1890-1930)”, *Business History Review*, 2008, forthcoming. Véase también Regalsky, Andrés y Barbero María Inés “Las inversiones extranjeras y el comercio exterior”, en *Nueva Historia de la Nación Argentina*, Tomo IX - Academia Nacional de la Historia, Editorial Planeta, Buenos Aires, 2002. p. 121.
- 5 La mayor parte de la industria química alemana estaba agrupada en un gran consorcio constituido por la I. G. Farbenindustrien, de la cual formaban parte firmas muy importantes entre las que se contaba el laboratorio Bayer. En la Primera Guerra Mundial los aliados se habían apoderado de las patentes alemanas y habían desarrollado sus propias industrias químicas. Algunos años más tarde los capitales alemanes recuperaron sus antiguas posiciones.
- 6 Luego, Merck - Sharp and Dohme con capitales estadounidenses. Sociedad autorizada a radicarse en Argentina el 9/10/1919 con el nombre de H.K. Mulford (Filadelfia).
- 7 Newton, Ronald. C. *El cuarto lado del triángulo*, Sudamericana, Buenos Aires, 1995. p. 52.
- 8 Bramuglia, Cristina y Godio, Cristina “La insulina en la Argentina. Un análisis sectorial”, *Documentos de Trabajo* N° 43, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, abril de 2005. p. 25.
- 9 Por ejemplo, Johnson y Johnson fue autorizado a constituirse como S.A. el 5/6/1931.
- 10 Katz, Jorge *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales: la industria farmacéutica argentina*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1974. p.59.
- 11 Krieger, Mario y Prieto, Norma, *op. cit.* p. 180.
- 12 Román, Viviana *Entre la farmacia, la industria y la academia. La construcción histórica del campo profesional de los farmacéuticos en Argentina. Desde fines del siglo XIX hasta mediados del siglo XX*. Tesis de Maestría en Historia. Universidad Torcuato Di Tella, 2008.
- 13 En 1987 la Honorable Magistratura de la provincia sancionó la Ley 10069 de creación oficial del LIF. En el año 1989 dejó de ser una División de la Dirección de Abastecimientos del Ministerio de Salud y por decreto 2483 del Poder Ejecutivo pasó a tener el rango de Dirección General denominada Dirección General de Producción de Fármacos Medicinales. En 1999 se constituyó en Sociedad del Estado y mediante un decreto reglamentario de julio de ese año se aprobaron los Estatutos de funcionamiento de la sociedad. En el 2007 volvió a tener su denominación original Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF).
- 14 Laboratorios OCEFA pertenecía a Julián Roux y en 1939 pasó a denominarse Roux Ocefa S. A.
- 15 Este laboratorio comenzó la producción local de penicilina en 1948 y en 1953 lanzó la estreptomocina, dehidroestreptomocina y la tretaciclina.
- 16 Ley N° 10933/47.
- 17 Katz, Jorge, *op. cit.*, pp. 60 y 61.
- 18 Estas firmas fueron devueltas a sus dueños tiempo después.
- 19 Bisang, Roberto, Burachik, Gustavo y Katz, Jorge *Hacia un nuevo modelo de organización industrial*, Alianza, Buenos Aires, 1995. p. 209.
- 20 Román, Viviana y di Salvo, María Teresa “La Producción Pública de Medicamentos en Argentina: Notas para su análisis”, *Revista SaberEs* N° 2, 2010. p. 81.
- 21 Bisang, Roberto, Burachik, Gustavo y Katz, Jorge *op. cit.* p. 234.
- 22 Según datos suministrados por el Ex Director Nacional de Prestaciones Médicas (Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales). Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación. Período noviembre 2000 a octubre 2001 DR. G. Porcel en entrevistas realizadas en los años 2004 y 2007. En Román, Viviana y di Salvo, María Teresa, *op. cit.* (2010). p. 81.
- 23 di Salvo, María Teresa y Román, Viviana “La Empresa Pública en la producción pública de medicamentos en Argentina. El caso del Laboratorio de Especialidades Medicinales de la ciudad de Rosario”, *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo (CEEED)* N° 1, Año 1, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, 2009. p. 151.
- 24 *Ibidem.* p. 151.
- 25 Román, Viviana y di Salvo, María Teresa “Economía social y solidaridad. Dos experiencias de mutuales que distribuyen genéricos a bajo costo”, en AA. VV. *Foro Federal de Investigadores y Docentes. La Universidad y la Economía Social en el Desarrollo Local*, Buenos Aires, 2005. p. 97.
- 26 Para un análisis de la Producción pública de medicamentos pueden verse tanto los artículos de Viviana Román y María Teresa di Salvo citados anteriormente como los trabajos de Guillermo Santos y de Cristina Bramuglia, Cristina Godio y Rosana Abrutzky.



Arturo Oñativia y la Ley de medicamentos

| **Ernesto Salas**

El 7 de julio de 1963 el radicalismo decidió presentarse a elecciones a pesar que las mismas se hallaban fiscalizadas por las Fuerzas Armadas y que los comicios se realizaron con el peronismo proscripto y con el anterior presidente Arturo Frondizi detenido. En un contexto tan limitado, el candidato radical llegó a la presidencia con tan solo el 25,14% de los votos. El resto de los sufragios se repartió entre los votos en blanco (21,20%), Oscar Alende del radicalismo intransigente -UCRI- (16,41%) y Pedro Eugenio Aramburu -UDELPA-PDP- (13,80%).

Electo en estas condiciones, Arturo Umberto Illia asumió la presidencia de la Nación el 12 de octubre de 1963 en medio de los coletazos de una fuerte crisis económica cuyo índice más evidente fue la caída del -2,4% del Producto Bruto de ese año.¹ Como consecuencia, el salario real había bajado casi a los niveles de 1959, siendo que este índice había sido el peor de la serie desde 1955.²

Pese a la debilidad política y a lo frágil de la situación en la que se sostenía, para enfrentar la crisis

el gobierno de Illia tomó desde el comienzo algunas decisiones que lo alejaban de su predecesor y tenían, a los ojos de muchos liberales, los visos de una política intervencionista. En verdad, el radicalismo del pueblo intentaba rescatar de su pasado un moderado tono nacionalista. Ello tuvo su contracara en la política seguida sobre la cuestión peronista. Aún cuando el nuevo gobierno legalizó la participación del partido en las futuras elecciones, siguió manteniendo la proscripción de Perón e hizo fracasar su regreso planificado como Operativo Retorno. En el mismo sentido, intentó modificar la Ley de Asociaciones Profesionales. Al rechazo a la intervención del Estado en la organización sindical se agregó la demanda por salarios y los gremios peronistas iniciaron un duro Plan de Lucha con ocupaciones de miles de establecimientos que se desarrolló a lo largo del año 1964.

También a comienzos de ese año la gendarmería, al mando del general Julio Alsogaray, había establecido la "Operación Santa Rosa" contra los guerrilleros guevaristas del Ejército Guerrillero del Pueblo

(EGP) en la provincia de Salta. Todavía estaba fresca la desaparición del obrero peronista Felipe Vallese y el asalto en agosto del año anterior de otro grupo, en este caso el Movimiento Nacionalista Revolucionario Tacuara (MNRT), al camión pagador del Policlínico Bancario. A mediados de 1964 se conocería la existencia de las Fuerzas Armadas de la Revolución Nacional (FARN), dirigidas por Ángel el “Vasco” Bengochea que se preparaban para actuar en el norte cuando en julio estalló un edificio entero en la calle Posadas mientras manipulaban explosivos.

Por otro lado, en la campaña, Illia había prometido que anularía los contratos petroleros firmados por Frondizi en 1958 en favor de compañías extranjeras. Al llegar al gobierno se inició un largo debate en las Cámaras hasta que finalmente, a fines de 1964, el gobierno anuló parte de los mismos indemnizando a las empresas afectadas.

Este fue el escenario de tres leyes significativas que indicaron la preocupación del gobierno radical por resolver algunos problemas derivados de la crisis: La ley de abastecimiento, la Ley de Salario Mínimo y la Ley de Medicamentos. Todas ellas serían debatidas por las Cámaras en la primera mitad de 1964 y sancionadas ese año.

La ley de Medicamentos o Ley Oñativía

El costo de los medicamentos para las familias argentinas había ido en aumento en los últimos años y en tiempos de crisis se convertía en un problema fundamental. La solución que propondría el gobierno sería la de considerarlos como un bien social. Las leyes para regular los precios y los procedimientos de fabricación fueron redactadas por el nuevo ministro de Asistencia Social y Salud Pública, el doctor Arturo Oñativía. Su punto de partida había sido un estudio conjunto de la OEA, el BID y la CEPAL, “*Incidencia de los gastos en medicina en los presupuestos familiares*” que indicaba que, “*para los grupos de menores ingresos, la proporción que representaban los medicamentos era del 62,6%, un monto mayor que lo representado por médicos y sanatorios*”³. En la redac-

ción del proyecto colaboraron dos comisiones, una de ellas integrada por bioquímicos, médicos y especialistas en farmacología; la otra, formada por contadores y economistas. La primera analizó unos veinte mil medicamentos y llegó a la conclusión de que “*una parte relevante carecía de las drogas e ingredientes que decían contener, o bien no las tenían en las proporciones explicitadas en sus prospectos*”. La otra comisión indicó la necesidad de analizar los costos de los grandes laboratorios, hipotetizando la posibilidad de que muchos tuvieran un doble juego de contabilidad para ocultarlos (Requejo, s/f).

Fuera como fuese, en los fundamentos presentados por Illia y Oñativía al Congreso quedó clara la intención del Poder Ejecutivo de intervenir en los procesos de producción y comercialización y determinar si existían abusos por parte de los laboratorios en la fijación de los precios finales de los mismos. El proceso económico de los medicamentos, afirmaban, debía “*escapar a la ley de la oferta y la demanda, a los principios de la libre competencia y de la libertad contractual, ya que la venta de las especialidades medicinales al público consumidor se encuentra condicionada por el estado de necesidad del mismo y por la prescripción médica*”⁴. Por otro lado, la distorsión del mercado en Argentina había originado un progresivo aumento de los precios que hacía necesario que el Estado arbitrara “*los medios para la determinación de aquellos, equitativos y razonables, mediante la intervención en todas las etapas de la elaboración y circulación de los productos para [...] facilitar la adquisición económica de los medicamentos por la población*”.

La otra ley se refería a las normas para la producción, elaboración y expendio que debían seguir laboratorios, droguerías y farmacias y al control estatal para su cumplimiento. Para lograr una efectiva fiscalización se disponía la creación del Instituto de Farmacología y Normalización de Drogas y Medicamentos.

Resulta notable el hecho de que en los fundamentos propuestos no existiera ninguna referencia a la experiencia desarrollada por Ramón Carrillo

en la intervención del mercado de medicamentos mediante la creación de una empresa estatal, Especialidades Medicinales del Estado (EMESTA). Es más, da la impresión de que los redactores se hubieran cuidado de hacer esta referencia en previsión de que la misma podría constituirse en un obstáculo para la aprobación. O, simplemente para reforzar la competencia política con aquellos a los que no se podía nombrar.

Las Leyes

El Poder Ejecutivo ingresó dos leyes para ser tratadas en el parlamento, una de ellas disponía el contralor farmacológico por parte del estado de los

procesos de elaboración de los medicamentos. Nos referiremos a ella más tarde. Un segundo proyecto, que dará lugar a la Ley 16.462⁵, en su artículo 1º, declaraba a las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos y elementos de diagnóstico **“bienes sociales al servicio de la salud pública”**.

Para que quedara en claro el objetivo de la ley, en su artículo 2º facultaba al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública a adoptar las medidas necesarias para **contener y disminuir los precios** de los productos enumerados en el artículo anterior. El Estado podría a partir de la ley: **establecer y reajustar los precios** de cada medicamento; liberarlos de

Sus ideas

“Las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana se consideran bienes sociales al servicio de la salud pública...”

Artículo 1º de la Ley.
Cámara de Senadores, pág. 501, febrero 6/7 de 1964

“En diversos aspectos, vivimos aun el conocido esquema del círculo de Winslow: “La pobreza y la enfermedad forman un círculo viciosos; hombres y mujeres se enferman porque son pobres y se empobrecen más porque están enfermos, y empeoran sus enfermedades porque siguen empobreciéndose”. [...] Necesitamos romper este círculo vicioso y, para ello, es necesaria una vigorosa política con sentido nacional, de esfuerzo y sacrificio, sobre tres amplios sectores del conocimiento humano, indiscutiblemente unidos con simultaneidad de propósitos y fines como son: Educación, desarrollo Económico y Salud Pública.”

Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública.
Actas de las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública (San Juan, 18/23 de noviembre de 1963)

“Mientras no se resuelva una efectiva política de desarrollo, la evolución y el progreso de las regiones del interior del país, favoreciendo el pleno auge de las autonomías económicas provinciales, no les permitirán a estas, entre otras cosas, absorber los presupuestos que le demanda la medicina asistencial”.

Boletín de la Asociación Argentina de la Salud Pública.
Actas de las Segundas Jornadas Argentinas de Salud Pública
(San Juan, 18/23 de noviembre de 1963).

“Resolver el problema de la desnutrición, como el de la sobrealimentación, supone el esfuerzo mancomunado de toda la sociedad y la coordinación estrecha de todas las acciones concurrentes de salud, de educación, de política agropecuaria, de industrialización, conservación y distribución de alimentos. [...] La incorporación del concepto de salud en la dinámica del desarrollo nacional significa que la planificación sanitaria y la económica deben tener una acción conjunta y la colaboración entre sanitaristas y economistas ha de ser estrecha y permanente, ya que estos últimos no deben ignorar las repercusiones de las acciones de salud en los cambios del medio ambiente, en las tasas de crecimiento, morbilidad, mortalidad y en la composición de la población”.

Política sanitaria Nacional, abril de 1966

derechos y/o recargos aduaneros; **producir, elaborar, fraccionar y comercializar drogas y medicamentos; prohibir o restringir la importación o exportación.** Funcionarios del ministerio podrían **allanar laboratorios para comprobar existencias, determinar costos y exigir documentación probatoria.**

Finalmente, el Poder Ejecutivo nacional quedaba autorizado *“a determinar los rubros que inciden en los costos y para fijar márgenes de beneficios que se consideren lícitos”*. En caso de una emergencia sanitaria, podría disponer tomar posesión de los medicamentos al costo (que fijaría el propio Estado) más una indemnización no superior al 10% de las materias primas.

El artículo 4º fijaba las multas por incumplimiento de la ley, incluyendo la posible clausura permanente o temporaria del establecimiento y la inhabilitación en el ejercicio de la profesión por hasta tres años.

El otro proyecto, que luego daría lugar a la Ley 16.463⁶, establecía –como se dijo antes– el control por parte del Ministerio de las actividades de importación, exportación, la producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización y depósito de drogas y medicamentos. Entre los objetivos no declarados del Poder Ejecutivo se encontraba la necesidad de reducir la cantidad de productos medicinales que se comercializaban en Argentina, clasificándolos según *“la naturaleza, composición, actividad, acción farmacológica y procedimientos farmacotécnicos de preparación”*.

Entre las disposiciones de la ley destacamos algunas que apuntaban a reducir el costo final de los medicamentos en el mercado, a saber las referidas al envasado y el fraccionamiento para su expendio. También observaba el quite de la autorización a aquellos establecimientos que no producían sino que sólo envasaban productos elaborados por otros.

En definitiva, sería el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública el que autorizaría los establecimientos mediante la fiscalización de las formas de elaboración, la cali-

dad de los productos, su eficiencia terapéutica en los tratamientos, las formas de su fraccionamiento y envasado, el texto de los prospectos. Podría para ello ingresar en los establecimientos, analizar los libros contables de los laboratorios para averiguar sus costos y establecer los precios de venta en el mercado pudiendo eliminar las licencias de aquellos que no se ajustaran a la ley. Frente a esto, los laboratorios no tardaron en hacer oír su descontento reaccionando contra lo que veían como una intromisión indebida del Estado en el mercado y una seria amenaza a sus ganancias.

El tratamiento en las Cámaras

El proyecto ingresó en la Cámara de senadores en enero de 1964 y fue tratado por varias comisiones -Asistencia Social y Salud Pública, Asuntos Constitucionales, Municipales y Administrativos y la de Comercio- antes de llegar al plenario.

Cuando la Ley se trató en el plenario del Senado, el senador Mario Zinny hizo hincapié en que los precios elevados de los medicamentos se debían principalmente a los montos gastados en publicidad y en las formas de menudeo de los mismos:

“...gran parte del aumento en los precios de los medicamentos se debe a los envases y a la propaganda. Algunos llegan a sostener que la propaganda insume el 40% del valor del medicamento; otros dicen que es el 20%, suma [...] que siempre es muy elevada, porque en ella gravitan los gastos de los viajantes, las muestras gratis y la literatura enorme que se gasta [...] y todo eso lo debe pagar el enfermo”⁷.

Otra de las perspectivas tomadas en el Senado fue hacer notar la diferencia entre “especialidades medicinales” y “medicamentos industriales”, siendo que los primeros debían ser elaborados en las farmacias mientras los segundos lo serían en laboratorios industriales. Ello atendía también a la posibilidad de abaratamiento que traería la actividad farmacéutica. En el primer tratamiento por parte de los Diputados, se hizo hincapié en la libertad que la

ley otorgaba a las farmacias para el fraccionamiento de los productos. Los laboratorios deberían envasar los remedios de manera que las farmacias pudieran vender la dosis exacta recetada por el médico y evitar sobrantes innecesarios.

En los meses siguientes el proyecto fue y vino entre las Cámaras debatiendo algunas modificaciones hasta que finalmente regresó al Senado para ser aprobado el 23 de julio de 1964.

Los laboratorios

Desde el momento en que se conoció la noticia de la existencia de las leyes, los laboratorios comenzaron a organizar la resistencia. Ella tomó la forma de conferencias académicas, encuentros gremiales, solicitadas en los diarios y artículos de opinión en diarios y revistas. Mientras se realizaba el tratamiento en la Cámara de Diputados, el 8 de mayo de 1964, se realizó una conferencia de prensa de la **Cámara Argentina de Especialidades Medicinales** en el Plaza Hotel. Como marco para la protesta fue invitado Bernardo Houssay para que dictara una charla con el título "La Industria farmacéutica promueve la salud humana". En representación de la Unión Industrial, Juan Podestá comentó "la inoperancia demostrada por el intervencionismo estatal" y se pronunció en defensa de la economía libre. Por su parte Eduardo Verardo, Presidente de la Federación Argentina de Industrias de la Sanidad, dijo que la ley, al fijar límites a los gastos para la investigación podría originar demora o falta de adelantos terapéuticos y desaliento a las investigaciones. El presidente de la Cámara de fabricantes de productos químicos farmacéuticos destacó que este es un momento "grave, serio e injusto [...] La industria química farmacéutica abastece, en cantidad y calidad, las necesidades del país, los laboratorios ocupan 22.000 personas y venden por 16.500 millones de pesos anuales a precios de salida, lo que significa un 1,4 por ciento del PBI. Los precios de los medicamentos son justos y razonables y soportan ventajosamente las comparaciones internacionales, siendo en el orden interno los bienes que menos aumentaron".

Houssay le puso el broche de oro a la velada: "*La obra de las industrias farmacéuticas es altamente benéfica y debe ser mirada con simpatía, porque contribuye a la protección y al cuidado de la salud humana así como al adelanto de la ciencia y sus aplicaciones*".⁸

El argumento central de los laboratorios, que se expandiría con fuerza en 1965 cuando la ley se pusiera en vigencia mediante un decreto reglamentario, era que el precio de los medicamentos que el gobierno quería analizar no incluía las sumas gastadas en la investigación. La consecuencia que anunciaba era que con esos precios se estaba limitando el desarrollo científico y tecnológico necesario para mejorar el conocimiento en el área de la salud.

Al contrario que los laboratorios, las organizaciones que nucleaban a los farmacéuticos declararon su conformidad con la sanción de la ley, aunque apoyaban la propuesta de establecer precios fijos en lugar de máximos para los productos.⁹ Mientras el Senado trataba las modificaciones hechas en Diputados, la Confederación Farmacéutica y Bioquímica de Argentina publicó una solicitada en la que afirmaban que "*los farmacéuticos [...] siempre aportaron su experiencia y sus conocimientos profesionales para demostrar a las autoridades que el medicamento es un BIEN SOCIAL, que no puede ser considerado como una mercadería común de la cual la población puede prescindir [...] Interpretando la angustiada situación económica y sanitaria de la población, que pide y reclama MEDICAMENTOS BUENOS Y BARATOS, hacemos público nuestro apoyo al proyecto*".

Aplicación, resistencia y golpe

A fines de 1964, el gobierno dictó el decreto 7650 de congelamiento de precios que también obligaba a la reinscripción de los medicamentos. Según algunos autores el Ministerio tenía registrados 33.000 especialidades y luego de la reinscripción aprobó tan sólo 17.832. A comienzos de 1965, Oñativía formó una Comisión Consultiva de Medicamentos con profesionales de reconocido prestigio académico. Aunque el gobierno adujera que no quería perju-



dicar a los laboratorios de capital nacional, lo cierto es que una intensa operación en contra de la ley Oñativia, realizada por el conjunto de las empresas, fue creciendo a lo largo del año 1965. Cuando en el mes de mayo el gobierno dictó el decreto 3042/65 que los obligaba, en el plazo de tres meses, a mostrar información de la composición de sus costos y los contratos de regalías existentes, la campaña se intensificó (Veronelli y VeronelliCorrech, 2004).

Particularmente la revista *Confirmado*, creada ese mismo año por Jacobo Timerman, repitió en sucesivos números los criterios del rechazo de los grandes laboratorios farmacéuticos. Junto con *Primera Plana* se constituyeron en los principales medios promotores del golpe de estado que se gestaba contra el gobierno de Arturo Illia.

En el n° 3 de *Confirmado* podía leerse en una nota titulada “Un decreto siembra terror y genera anticuerpos”:

“A partir del miércoles pasado, 30.000 médicos argentinos, un millar de técnicos e investigadores, 130 revistas especializadas y 100 laboratorios viven una angustia arrastrada desde varios meses atrás: ha comenzado a regir la debatida Ley de Medicamentos, si bien existe un plazo de noventa días para ponerse a tono con las disposiciones del decreto reglamentario”. Y argumentaba que “Ningún otro costo de investigación podrá ser cargado en los precios, de manera que la eterna búsqueda de técnicos y científicos ganará pronto su partida de defunción. En lo sucesivo, promover una investigación será una inversión riesgosa e irrecuperable”.¹⁰

En junio, en otra nota volvía a cargar contra la ley:

“el brote de gripe que ha estallado en los últimos días, permitió comprobar las primeras consecuencias del decreto que reglamenta la ley de medicamentos: [...] cierta escasez de productos, especialmente antibióticos, en el momento actual de gran consumo y necesidad”.¹¹ Y un mes después comentaba que “La regulación de precios y beneficios en la industria farmacéutica puede, de acuerdo con los portavoces de la industria, determinar el hundimiento de la industria de medicamentos en la Argentina”.

El 13 de julio, un artículo firmado por Juan Marrari volvía sobre la cuestión:

“La tesis que sostenemos es que el sistema técnico contable del decreto 3042/65 no permite determinar costos y precios reales y que, por lo contrario, constituye un juego de números arbitrario e irrazonable. Es decir, que no solamente falsea la realidad a la fecha en que pretende demostrarla, sino que no es apto, por esa construcción defectuosa, para constituirse en punto de partida que con la inclusión de los aumentos de costos operados últimamente pueda ofrecer un precio actualizado y justo”.¹²

El punto más alto de la campaña fue un cuaderno, publicado especialmente, con el título “La industria farmacéutica en Argentina. Informe especial número 2”, una apología desembozada del punto de vista empresario, en el que se alertaba que en un posible conflicto bélico, el control estatal provocaría un tremendo déficit sanitario, “una ofensiva más peligrosa que la del enemigo” (Pigna, 2016).

Presión internacional

En el año 1965, el gobierno argentino debía renegociar la deuda con el Club de París, un foro informal de acreedores que se había creado en 1956. El organismo estaba formado por diecinueve naciones entre las que se encontraban algunos de los países de origen de las multinacionales farmacéuticas. Según el relato posterior de Arturo Illia, dado que las decisiones del Club debían tomarse por consenso, si uno de ellos ponía trabas a la renegociación, esta se caía. Le llamó la atención que el país que presionaba fuera Suiza, dado que la deuda con ellos era pequeña. En las negociaciones, la condición para un acuerdo favorable fue que se levantaran los controles de precios para los medicamentos. En palabras del ex presidente:

*“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 [...] 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[...] aceptaron el resto de los países la renegociación de la deuda”.*¹³

En no pocos trabajos de investigación se afirma que la Ley Oñativia fue la razón central que determinó el derrocamiento del gobierno de Illia en 1966. Los que así opinan buscan una razón en las prácticas de buen gobierno para rescatar la etapa radical, según ellos incomprendida por muchos de los que luego la reivindicarían. Sin negar la importancia de las políticas económicas desplegadas para afrontar la crisis, habría que sumar a ello el descontento de las empresas extranjeras por la anulación de los contratos petroleros y, en términos generales, el intervencionismo estatal y el nacionalismo económico del gobierno. Sin embargo, las causas del derrocamiento de Arturo Illia son mucho más complejas. Enredado entre la proscripción al peronismo, su ataque a las organizaciones sindicales y su falta de legitimidad de origen, la campaña desplegada para su descrédi-

to obtuvo el éxito deseado. El 28 de junio de 1966, las Fuerzas Armadas tomaron el poder al mando del general Juan Carlos Onganía. Pocos fueron los que levantaron la voz para evitarlo

La nueva dictadura anuló las leyes Oñativia. El precio de los medicamentos, liberados del control estatal, aumentó en los años siguientes.

Bibliografía

- Karina Ramacciotti y Lucía Romero (2017), “La regulación de medicamentos en Argentina (1946-2014)”, Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS, vol. 12, núm. 35.
- Requejo, Jorge A.; La Ley Oñativia y el derrocamiento de Illia; Instituto Jauretche, Merlo. Disponible en http://www.institutojauretche.edu.ar/barajar/num_8/nota12.html
- Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch (2004), *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Tomo II, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- Pigna, Felipe (2016), <https://www.facebook.com/FelipePigna/photos/illia-y-la-ley-de/10154433619138950/>

Notas

- 1 Se ha considerado al año 1963 como uno de los puntos mínimos (fase recesiva) en la evolución del “Ciclo económico argentino”. Ver: Mario Rapoport y colaboradores (2000), *Historia económica, política y social de la Argentina (1880-2000)*, Buenos Aires, Ediciones Macchi, pág. 595
- 2 Juan M. Graña y Damián Kennedy (2008), “Salario real, costo laboral y productividad. argentina 1947-2006 análisis de la información y metodología de estimación”. Documentos de Trabajo 12, Centro de estudios sobre Población, empleo y Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- 3 Juan Carlos Veronelli y Magalí Veronelli Correch (2004), *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*, Tomo II, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- 4 Cámara de Senadores de la Nación, febrero 6/7 de 1964, pág. 501.
- 5 Cámara de Senadores de la Nación, febrero 6/7 de 1964, Reunión 8ª, pág. 502 – 503.
- 6 Idem, pág. 503 –505.
- 7 Cámara de Senadores de la Nación, febrero 6/7 de 1964, Reunión 8ª, pág. 507.
- 8 *La Nación*, 8 de mayo de 1964.
- 9 Finalmente esta reforma, propuesta en Diputados, fue rechazada en el Senado.
- 10 *Confirmado*, n° 3, 21 de mayo de 1965.
- 11 *Confirmado*, n° 5, 4 de junio de 1965.
- 12 *Confirmado*, n° 13, julio de 1965.
- 13 Citado en Pigna (2016)

SOLICITADA

¿POR QUÉ NO TENEMOS MEDICAMENTOS BUENOS Y BARATOS?

Este problema fundamental para la salud y la economía de la población, todavía no tiene una solución adecuada.

Pareciera que nuestro Pueblo no tiene derecho a vivir en salud; que es inexorable que viva pendiente de la enfermedad, que no está en condiciones de prevenir, ni de soportar; que debe vivir La inseguridad de no poder pagar la consulta médica y los medicamentos necesarios para curarlo.

Esta situación ha sido preocupación permanente de los profesionales del arte de curar, entre ellos los farmacéuticos, que siempre aportaron su experiencia y sus conocimientos profesionales para demostrar a las autoridades que el medicamento es un BIEN SOCIAL, que no puede ser considerado como una mercadería común de la cual la población puede prescindir.

El H. Senado de la Nación consideró una iniciativa del Poder Ejecutivo y la giró a la H. Cámara de Diputados. En ésta se efectuó un profundo análisis y se hicieron modificaciones que contribuyeron a lograr un proyecto de Ley, COMPLETO Y DEFINITIVO, que tiende a ASEGURAR LA CALIDAD DEL MEDICAMENTO y A ABARATARLO, PONIENDOLO AL ALCANCE DEL PUEBLO.

Lamentablemente, el H. Senado no estimó en su importancia las modificaciones propuestas e insiste con su primitiva sanción que auspicia una ley de emergencia con una vigencia de 2 años. ¡Como si el problema de la salud fuese circunstancial y no permanente!

Interpretando la angustiosa situación económica y sanitaria de la población, que pide y reclama MEDICAMENTOS BUENOS Y BARATOS, hacemos público nuestro apoyo al proyecto de la H. Cámara de Diputados, que en la fecha considera el H. Senado.

Confederación Farmacéutica y Bioquímica de Argentina

Abril de 1964

| Serie Cuadernos del Instituto de Ciencias de la Salud



Ramón Carrillo, el "negro". Primer Ministro de Salud Pública de la Argentina

Fecha de publicación: 2016

Autora: Charo López Marsano

Páginas: 24 p.

Colección: Serie Cuadernos del Instituto de Salud – UNAJ

Instituto de Ciencias de la Salud | Centro de Política y Territorio

"El estado no puede quedar indiferente ante el proceso económico, porque entonces no habrá posibilidad de justicia social, y tampoco puede quedar indiferente ante los problemas de la salud de un pueblo, porque un pueblo de enfermos no es ni puede ser un pueblo digno."

Ramón Carrillo



Floreál Ferrara, la salud en manos del pueblo

Fecha de publicación: 2017

Autores: Vicente Ierace, Charo López Marsano, Ernesto Salas

Páginas: 18 p.

Colección: Serie Cuadernos del Instituto de Salud – UNAJ

Instituto de Ciencias de la Salud | Centro de Política y Territorio

"Floreál Ferrara repensó a Ramón Carrillo. Si para Carrillo lo esencial fue la construcción de las estructuras del estado para proveer la salud en todo el territorio nacional, para Ferrara el eje estuvo puesto en la participación popular en la construcción de la salud".



Vicente Ierace, militante de la salud pública

Fecha de publicación: 2018

Autor: Mario Rodríguez

Páginas: 16 p.

Colección: Serie Cuadernos del Instituto de Salud – UNAJ

Instituto de Ciencias de la Salud | Centro de Política y Territorio

"Vicente Ierace fue un ejemplo por esa fuerza ética y moral que, desde mi punto de vista, es tan importante en la política, de tener al lado una persona de convicciones, dispuesto a sacrificar lo individual en pos de lo colectivo. Un tipo absolutamente puro en todo sentido, que no tocaba un peso que no fuera de él y ponía los recursos del Estado en función de las necesidades colectivas. Era muy cuidadoso en ese sentido. Era una persona humilde y con fuertes convicciones."

Del Prólogo de Arnaldo Medina

Una publicación de